THESE

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA A'

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

EM 26 DE OUTUBRO DE 1904

PARA SER DEFENDIDA

POR

Carlos Alfredo Simch

Natural do Estado do Rio Grande do Sul

Filho legitimo do Coronel Engenheiro Francisco José Simch e D. Emma Wild Simch

AFIM DE OBTER O GRAO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

(CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA)

Da Craniectomia. Estudo dos meios da sua realisação

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas

BAHIA

Officinas Typographicas de Tosta & C.

57—Rua do Corpo Santo—57

1904

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Director—Dr. Alfredo Britto
Vice-Director--Dr. Alexandre E. de Castro Cerqueira

Lentes Cathedraticos os Cidadãos Drs.	Materias que leccionam
1.ª Secção	
José Carneiro de Campos. . . .	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica
2.ª Secção	
Antonio Pacifico Pereira	Histologia.
Augusto Cesar Vianna	Bacteriologia.
Guilherme Pereira Rebello . . .	Anatomia e physiologia pathologicas.
3.ª Secção	
Manoel José de Araujo	Physiologia.
José E. Freire de Carvalho Filho .	Therapeutica.
4.ª Secção	
Luiz Anselmo da Fonseca. . . .	Hygiene.
Raymundo Nina Rodrigues . . .	Medicina legal e toxicologia.
5.ª Secção	
Braz do Amaral	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior .	Operações e apparelhos.
Antonio Pacheco Mendes.	Clinica cirurgica, 1.ª cadeira
Ignacio M. de Almeida Gouveia . .	» » 2.ª cadeira
6.ª Secção	
Aurelio Rodrigues Vianna	Pathologia medica.
Alfredo Britto	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho. . .	» medica, 1.ª cadeira.
Francisco Braulio Pereira	» » 2.ª cadeira.
7.ª Secção	
Antonio Victorio de Araujo Falcão .	Materia medica, pharmacologia e arte de formular.
José Rodrigues da Costa Dorea . .	Historia natural medica.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
8.ª Secção	
Deocleciano Ramos	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira. . .	Clinica obstetrica e gynecologica
9.ª Secção	
Frederico Castro Rebello	Clinica pediatrica.
10.ª Secção	
Francisco dos Santos Pereira . . .	Clinica ophtalmologica.
11.ª Secção	
Alexandre E. de Castro Cerqueira .	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
12.ª Secção	
João Tillemont Fontes	Clinica psychiatrica e molestias nervosas.
João E. de Castro Cerqueira	Em disponibilidade.
Sebastião Cardoso.	Idem.

Substitutos os Cidadãos Drs.:

Affonso de Carvalho (int.).	1.ª secção	Pedro da L. Carrascosa.	7.ª secção
Gonçalo M. S. de Aragão.	2.ª »	José Julio de Calasans.	» »
Pedro Luiz Celestino. . .	3.ª »	J. Adeodato de Souza.	8.ª »
Josino Correia Cotias. . .	4.ª »	Alfredo F. de Magalhães	9.ª »
Antonino B. dos Anjos (int)	5.ª »	Clodoaldo de Andrade	10ª »
João A. Garcez Froes . . .	6.ª »	Carlos F. Santos	11ª »

Dr. Luiz Pinto de Carvalho (interino), 12ª secção

Secretario--Dr. Menandro dos Reis Meirelles
Sub-Secretario -- Dr. Matheus Vaz de Oliveira

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe forem apresentadas.

L 21 Au 53

AO LEITOR

O assumpto desta dissertação inaugural nos foi suggerido pela leitura da brilhante observação que tão gentilmente nos offereceu o sabio professor Pacheco Mendes.

Tencionavamos occuparmo-nos com o estudo dos tumores cerebraes, principalmente dos perfurantes; assim não o quiz o acaso, não só fazendo acharmos pouco a respeito nas bibliothecas ao nosso alcance, como não permittindo ficasse prompta de todo essa parte da these que, por ser a mais difficil, deixamos para o ultimo logar. A não ficar completo este estudo, preferimos deixar de publical-o, e assim o succedeu, por isso que se havia esgottado o praso da apresentação das theses.

Desse modo, achamos a perfeita ligação dos dois capitulos com as observações seguintes.

O AUTOR.

DISSERTAÇÃO

Da craniectomia. Estudos dos meios da sua realisação

Ars medica tota in observationibus.

HOFFMANM.

CAPITULO I

SUMMARIO — Introducção. Topographia cranio-cerebral. Sua relação com a craniectomia. Diversos methodos. Excellencia dos processos de Kronlein e Kocher.

O cerebro será um orgão de fragilidade e susceptibilidade especiaes, um *noli me tangere?* As numerosas observações de feridas penetrantes graves da cavidade craniana, seguidas de cura, a tolerancia notavel do encephalo para certos kystos ou neoplasmas de evolução lenta, desde muito tempo demonstraram em contrario aquelle preconceito. Entretanto, exeptuando as intervenções de urgencia, como nas fracturas com afundamento ou penetração ossea, ou os derrames sanguineos onde a trepanação (*) impõe-se como unico recurso, e

(*) Damos a mais vasta accepção ao termo: não se deve, pois, suppor a simples operação do trepano.
S.

raros casos mais, a maior parte das lesões intra-cranianas, de evolução lenta, os tumores, os derrames intra-arachnoidianos, a pachymeningite, constituem verdadeiros achados de autopsia!

Dos varios ramos da cirurgia, foi, sem duvida alguma, o dos centros nervosos aquelle ao qual menor porção coube dos extraordinarios progressos realisados nas operações dos membros e do abdomen. Emquanto se contam por centenas as laparotomias e hysterectomias praticadas, raros são os operadores que correntemente fazem intervenções na cavidade craniana. Sómente um conjuncto de difficuldades no manual operatorio, geralmente empregado, a situação especial do encephalo e a repugnancia de muitos cirurgiões pela abertura da caixa craniana, nos pódem explicar a disproporção existente entre a *craniectomia* e as demais intervenções cirurgicas.

Já antes de Lister, os primeiros ovariotomistas colheram, com a simples asepsia, bellos resultados.

A desinfecção do campo operatorio, do instrumental, material, operador e auxiliares fez da laparotomia, até então quasi sempre fatal, a mais bella das conquistas cirurgicas da nossa epocha. Pois, graças áquelles cuidados, o cerebro, como acontece ás demais visceras, não reage mais contra o contacto directo do ar, tornando-se assim justificavel de tentativas das mais audaciosas.

Assim, por exemplo, vemos o intrepido Doyen percor-

rendo o lobo cerebral esquerdo, da fronte ao occiput, em procura de fragmentos osseos e de uma bala, coroando-se este trabalho com a mais perfeita cura. Abrir o cranio, como se faz no abdomen, descobrir e explorar, em casos de diagnostico incerto, todo o hemisferio cerebral, tal foi o methodo desse habil cirurgião.

Pelo que, em rapidos traços, deixamos dito, não se pode mais considerar a *craniectomia* como um espantalho ou como uma temeridade cirurgica.

A pathologia das affecções cerebraes progrediu muito com os estudos de Virchow e com as observações de varios cirurgiões dentre os quaes salientaremos Horsley, emerito operador inglez.

Desse modo vemos que a cirurgia cerebral não está no esquecimento e sim entrou nos dominios da cirurgia diaria.

Portanto, começaremos pela discripção da *Craniotopagraphia*.

A medicina operatoria intervem actualmente sobre os orgaõs contidos na cavidade do cranio e naturalmente suppõem uma abertura na caixa ossea, tão adequada ao caso quanto possivel. Ha, como sabemos, duas maneiras de abordar os orgãos intra-cranianos: a trepanação simples, empregada desde a epocha neolithica, fazendo no esqueleto uma perda definitiva — e a resecção osteoplastica ou craniectomia temporaria, atacando o cerebro, sem entretanto deixal-o com prejuizo do seu envolucro

osseo. Estas intervenções tem vantagens e inconvenientes, conservando indicações especiaes. A primeira consiste em fazer-se n'um ponto dado do cranio uma brecha de dimensões sufficientes para o reconhecimento e tratamento de lesões profundas ou superficiaes. Comprehende-se que é da mais alta importancia, em todas essas operações, a determinação exacta do ponto, no cranio, que vae ser trepanado para se descobrir a lesão contra a qual é dirigida a intervenção.

A pathologia das affecções cerebraes e a physiologia experimental ensinam o modo de proceder para o reconhecimento da séde das lesões intra-cranianas, graças á existencia de alguns symptomas, chamados, por esse motivo, de localisação, e divididos em phenomenos de excitação e de depressão.

As localisações applicam-se especialmente á região psychomotora da superficie do cerebro. Ora, por uma serie de medidas feitas com exactidão e comparadas entre si, chegou-se ao reconhecimento da situação desses pontos do cortex relativos á configuração da face externa do cranio.

Na demarcação da séde das regiões corticaes relativamente ao exocranio é que consiste a topographia cranio-cerebral. Os centros sensoriaes, sensitivos ou psychomotores acham-se situados nas circumvisinhanças dos sulcos de Rolando e de Sylvio, principalmente, ou melhor, na pratica, tem maior importancia a fixação dos trajectos d'aquelles sulcos, pelo motivo exposto.

Reconhecidas essas scissuras facilmente se deduzirão as circumvoluções que n'ellas terminam. Os vasos, cujas situações devem-se determinar, são a meningéa média e os seios lateral, longitudinal superior e transverso. Numerosos foram os processos imaginados e inventados para a realisação dessas diversas demarcações.

Essa variedade vem provar a fallibidade ou os deffeitos dos processos; os mais simples são, certamente, os melhores. Pode-se, com Championnière, observar que não ha necessidade da fixação mathematica, por meio de figuras geometricas, mais ou menos complicadas, d'este ou d'aquelle ponto do cortex cerebral. E' preciso, entretanto, que o cirurgião conheça bem a região onde vae trabalhar.

Por isso a resecção ossea não só deve ser bem determinada, como tambem bastante grande; a abertura franca do exocranio é uma das necessidades primordiaes da cirurgia cerebral.

E' difficil transportar exactamente sobre o cerebro descoberto as minuciosas localisações, cujas sédes se poderiam determinar sobre o pericranio. Sómente o processo das fichas, empregado no cadaver, dá resultados certos. Estes estudos e experiencias foram encetados, em 1861, por P. Broca. Perfurando o cranio em pontos determinados, elle mettia nesses buracos batoques ou fixas de madeira, até penetrarem no cerebro. Retirava a calotte pela serra e media as distancias

que separavam as fixas. Empregando 10 fixas e procurando a relação desses pontos conhecidos da abobada do cranio e das principaes scissuras e circumvoluções, P. Broca chegou a conclusões excellentes. Citado a titulo historico, este processo, digamos de passagem, não é applicavel sobre o vivo.

Os processos cranio-topographicos propostos podem ser divididos em duas classes: 1.ª Classe de processos fixos ou ordinarios, de precisão relativa, porém os mais empregados na pratica, por isso que apresentam vantagem pela sua simplicidade e clareza. Estes processos, mais antigos e numerosos, consistem em traçar sobre qualquer cranio linhas das mesmas direcção e extensão. 2.ª Classe dos processos proporcionaes. Estes consistem em traçar, sobre um cranio dado, linhas, variando proporcionalmente com os seus caracteres proprios; são menos numerosos, mais novos e ao nosso ver aquelles de que o moderno cirurgião se deve utilisar, salvo circumstancias imprevistas.

Devemos agora nos occupar com os processos fixos, de numero bem grande e de cuja exactidão não podemos nos convencer, porque, sendo elles calculados para um cranio adulto e de tamanho medio, não poderão nos guiar com rigorosa certeza, quando applicados, por exemplo, sobre a cabeça de uma criança.

E nós bem sabemos que estas não se acham excluidas do numero dos doentes de affecções cerebraes que necessitam de intervenção da cirurgia. Tambem são

incompletos os processos ordinarios porque cada um dos mestres, seus criadores, em geral, limitou-se na determinação de uma scissura só.

Além disso, existem autores que se limitaram a dar a direcção e uma das extremidades de um sulco, deixando outros apontar o extremo opposto.—O numero dos processos propostos teve a sua razão de ser na importancia capital da linha rolandica em cirurgia cerebral; esta linha só, quasi, basta para a pratica, porque, graças a ella, podemos abordar todos os pontos da zona motriz.

Agora comprehendemos a razão pela qual os autores quizeram rivalisar na precisão, determinando a linha rolandica com certeza maior do que a conseguida pelo processo de Broca.

Vejamos então os que mais se destacaram, começando pelo de P. Broca-Championnière. Em 1872 aquelle operador conseguia, sobre o vivo, abrir um abcesso no pé da terceira circumvolução frontal, pondo em uso o seguinte processo: por traz da apophyse orbitaria externa traçou uma horizontal de 6 cm., levantando neste extremo uma perpendicular de 2 cm. e assim, perfurando esse ponto, chegava Broca ao centro da linguagem articulada.

Ora, com um centimetro mais em altura e dois mais para fora ficava marcada a origem da scissura de Rolando.

Lucas Championniére regularisou o processo para

a fixação do extremo inferior d'aquella scissura assim: partindo do bordo posterior da apophyse orbitaria externa, tirar uma horisontal de 7 centimetros e no extremo levantar uma perpendicular de 3 centimetros: na mulher a linha horizontal terá apenas 6,5 centimetros.

O extremo superior está á 5 centimetros atraz do bregma: resta pois marcar mas este ponto. P. Broca fez ver que o bregma está situado mais ou menos no logar onde o plano vertical biauricular crusa a sutura saggital. A determinação desse plano consegue-se facilmente com um instrumento de P. Broca, o esquadro flexivel biauricular. Segundo Lucas Championnière, sempre fica o bregma e, portanto, o extremo superior da linha rolandica, marcado muito para frente: Elle aconselha tomar seis centimetros no homem (em vez de cinco) e na mulher cinco centimetros, para traz do bregma; assim conseguiremos chegar ao ponto desejado. Lejars apresentou uma emenda que nos pareceu boa para marcarmos o extrêmo inferior da linha rolandica. Sobre um dos grandes lados de um cartão de visita, ou outro qualquer cartão, medem-se sete centimetros; sobre um dos pequenos lados marcam-se tres. Colloca-se o cartão parallelamente á arcada zygomatica, de modo a partir da apophyse orbitaria externa a horizontal de sete centimetros; e, no ramo vertical, no ponto dos res centimetros far-se-á um signal, ou se traçarão as duas linhas, vertical e horizontal.

Para a determinação do bregma tambem não é indispensavel o instrumento de Broca, o esquadro flexivel. Championnière o subtitue, nos casos de urgencia, por um cordel ou por uma folha de cartão chanfrado, marcando assim a linha biauricular. O cartão deve ser passado pela cabeça; a elle fixa-se perpendicularmente uma haste qualquer, como por exemplo, um lapis, na altura da orelha; dispõe-se a haste de modo que fique parallela ao olhar horizontal; sobre a linha saggital, o cartão indicará o bregma. Poirier estabeleceu um processo que tem sua importancia e é conveniente; em traços rapidos, descreveremol-o. Estudando elle os pontos de reparo cranianos, concluiu que a apophyse zygomatica, sensivelmente horizontal na attitude vertical, guarda as mesmas relações com os pontos do cranio, em qualquer posição da cabeça.

Observou mais, que o extremo inferior da scissura rolandica sempre fica a 5 millimetros sobre uma vertical tirada pela parede ossea anterior do conducto auditivo externo, e 7 centimetros distante e para cima do meato.

Esta vertical e a horozontal zygomatica cruzam-se em angulo recto, em qualquer attitude da cabeça. Desses dados Poirier deduziu o seguinte processo: reconhecer e traçar a arcada zygomatica; levantar sobre ella uma perpendicular passando sobre o tragus, na depressão pre-auricular; contar, partindo do meato auditivo, 7 centimetros sobre a perpendicular—e assim se obtém o extremo inferior da scissura de Rolando. O autor

recommenda não levantar, a olho, a perpendicular pre-auricular, por isso que pode enganar; para este acto elle aconselha servir-se o operador de um cartão de visita. Faz notar que o algarismo 7 exprime uma media das medidas effectuadas sobre cranios e cerebros adultos. E' portanto grande para crianças e moços. Era preferivel ter-se um algarismo representando a relação definida entre pontos faceis de determinar, para se achar o extremo inferior da scissura rolandica.

Tão pratico quanto preciso é o processo que empregam os cirurgiões inglezes e americanos na pesquisa da extremidade superior da scissura rolandica, acertadamente modificado por Poirier.

Chegaram, por experiencias, á conclusão quasi exacta de que as proporções relativas do cerebro pre-rolandico e do post-rolandico são uniformes, em qualquer desenvolvimento total do encephalo. Isto é, o arco que mede a região pre-rolandica, na linha media, é uma fracção definida do arco total que fórma o bordo interno de um hemispherio e a fracção é, em media, de 55 °/₀. D'onde o processo seguinte: medir a distancia da *glabella ao inion*, dividir ao meio essa distancia e applicar a metade sobre a linha sagittal, partindo do sulco fronto-nasal, augmentando de 1, 2 e 3 centimetros, conforme os autores.

Poirier, tendo calculado essas distancias, dispensa o *inion* e mede, na linha sagittal, começando no sulco fronto-nasal, 18-18,5 centimetros e obtém assim, com

excellente resultado, o extremo superior da linha de Rolando, e conclue: «para determinar, no cranio, o ponto correspondente ao extremo superior da scissura rolandica, é preciso tomar na linha sagittal, partindo do sulco fronto-nasal, a metade *da distancia naso-iniana e mais 2 centimetros*».

Além destes dois processos, de Poirier e de Broca-Championnière, existem outros para acharmos a direcção e extensão da linha rolandica; mas, apezar de limitarem-se, quasi sempre, só á determinação de um dos extremos da scissura, são, em geral, demorados ou incertos.

Desses defeitos, podemos accusar por exemplo, o processo de Reid, principalmente porque repousa sobre o traçado da scissura de Sylvio que por si é bastante falho.

Muller, modificando muito os seus processos, adoptou um, de precisão sufficiente, porém cuja applicação pratica enche-se de difficuldades.

Divide o espaço comprehendido entre a curva sagittal inio-glabellar e a recta horizontal que une esses mesmos pontos em 10 partes. Dos seus estudos concluiu Muller que o sulco de Rolando está comprehendido entre 55 °/₀ de diante para traz na linha saggittal e 42 °/₀ na horizontal. W. Hare manda determinar a extremidade superior da linha rolandica a 12 millimetros para traz do meio da linha inio-glabellar. Partindo d'aqui, elle

faz baixar uma linha que forme com a sagittal um angulo de 67°, com a abertura para a frente.

A linha rolandica assim achada tem de 8—9 centimetros de extensão.

Esses dados numericos nada têm de precisos; estão em desaccordo com os autores que experimentaram o processo (Sanderson, Horsley, Anderson e Makins), nos induzem ao erro e é quanto basta para regeitarmos esse modo de proceder.

Anderson e Makins estabeleceram um processo que requer elementos do traçado da linha Sylvia para determinar a scissura de Rolando. Poirier diz poder esse traçado ser sómente approximado e que, portanto, é preferivel tomarem-se pontos de reparo fixos.

Muitos são ainda os processos fixos apresentados para demonstrarem no cranio a situação da scissura de Rolando; complicados de per si, ainda os encontramos completando uns os outros. Não fitamos aqui occuparmo-nos d'elles; quizemos apenas mostrar alguns, os mais importantes. Fallaremos ainda sobre processos determinantes da scissura de Rolando; estes, porém estão incluidos na cathegoria dos processos proporcionaes e dos quaes salientaremos o que se nos afigura o mais expedito. Para a cranio-topographia foram construidos varios instrumentos com o auxilio dos quaes deveria tornar-se facil a demarcação das linhas e das extremidades de interesse para o cirurgião.

Em primeira plaina figura o esquadro flexivel de

Broca, perfeitamente dispensavel, por isso que é substituivel por um simples cordel, como de passagem mostrámos, tratando do processo Broca-Championnière. Este instrumento, entretanto, não é condemnavel porque presta serviços, si bem que limitados.

O professor Zernoff (de Moscouw) fez construir um *encephalometro*, bem ideado, mas um pouco complicado; presta-se mesmo mais para anthropologistas do que para cirurgiões.

Os drs. Mis e Köhler tambem apresentaram encephalometros; esses apparelhos não satisfizeram á espectativa dos seus experimentadores. Dentre os instrumentos que devemos considerar bons, apezar de não escaparem a uma critica rigorosa, collocaremos, em ordem relativa aos prestimos:—1°—o cyrtometro de Wylson, de que os inglezes e americanos muito uso fazem;— 2° o craniometro de Kronlein, dispensavel ou perfeitamente substituivel;—3° o apparelho de Schenk, espalhado na Allemanha; este instrumento não nos parece dar resultados muito positivos, por isso que está baseado nos processos proporcionaes *arithmeticos*, os quaes são já muito bons, entretanto os consideramos inferiores aos processos *geometricos*;—4° o professor Kocher apresentou e usa um craniometro passivel da mesma accusação do cyrtometro de Wylson, isto é, por determinar a linha rolandica com uma inclinação de 60° sobre a sagittal.

Comtudo, o craniometro de Kocher leva, sobre o

cyrtometro de Wylson a grande vantagem de não ter o ramo transverso fixo; pode-se, com a sua escala, augmentar ou diminuir o angulo.

Além de tudo, o apparelho muito simples é applicavel em cranios os mais variados e com elle obtemos as direcção e extensão das linhas que nos interessam.

Sendo estes os principaes processos para o conhecimento da posição, no exocranio, do sulco de Rolando, e havendo nós passado n'elles uma revista, devemos, para completal-a, correr os olhos sobre as maneiras de pesquisa da linha sylviana.

A determinação da scissura de Sylvio, de importancia menor que a de Rolando, torna-se muito util para se achar a primeira circumvolução temporal, onde encontraremos o centro da audição verbal.

Aqui, tão numerosos não são os processos, e eis os principaes que permittem fixar a situação do sulco sylviano:

a) Segundo J. Lucas Championnière e Debierre devemos tirar uma linha horizontal, parallela á arcada zygomatica, 5 centimetros ácima, e, partindo da apophyse orbitaria externa 3 centimetros para fóra.

b) Poirier traça uma recta naso-lambdoide lateral que, partindo do angulo fronto-nasal, vá a 1 centimetro ácima do lambda, conservando-se 6 centimetros ácima do meato auditivo.

Acima d'esta linha, a scissura de Sylvio occupa a extensão de 5 centimetros, partindo do meato

A linha naso-lambdoide serve ainda mais, por isso que, si até ella levantarmos uma perpendicular sobre o meio da arcada zygomatica teremos o pé da 3.ª circumvolução frontal. A perpendicular subindo, a 7 centimetros, encontramos o terço medio da dobra curva; a 10 centimetros nos achamos na parte inferior do lobulo da dobra curva.

c) Byrom-Bramwell, Reid e Hare aconselham traçar uma linha entre a apophyse orbitaria externa e o *inion*, a 12 millimetros ácima do conducto auditivo externo, marcando-se a origem da scissura de Sylvio a 28 millimetros para fóra da apophyse orbitaria.

d) Horsley encontra o começo do sulco sylviano no meio de uma linha que começa no *stephanio* e vae ao meio da borda superior da arcada zygomatica.

e) Dana encontra a scissura subjacente ao trajecto de uma recta que mede o meio da linha auriculo-bregmatica á apophyse orbitaria externa. O começo da scissura é achado com o auxilio do processo de Horsley; no ponto em que se cruzam as duas linhas, ahi está o extremo desejado.

Dizendo nós que a scissura occipital externa está comprehendida entre o lambda e o *asterion*, teremos indicado os principaes dados sobre as grandes scissuras, pelos processos ordinarios. Para completarmos esta primeira parte deste trabalho, nos referiremos aos processos, proporcionaes arithmeticos—quando substituem por numeros proporcionaes os algarismos fixos

dos processos ordinarios, e geometricos—quando estabelecem uma construcção geometrica por meio de linhas que passam por certos pontos do cranio.

Kronlein, baseâdo sobre os differentes dados dos demais methodos, muito praticamente nenhum algarismo suppõe, e com o seu processo fornece-nos, pelo menos, uma approximação sufficiente. Elle traça a horizontal inferior do cranio (da borda inferior da orbita ao conducto auditivo), e a horizontal superior, parallela á primeira e passando pela borda superior da orbita; tres linhas verticaes emergem: a anterior, do meio da arcada zygomatica; a media, da articulação temporo-maxillar; a posterior, da borda posterior da apophyse mastoide.

Prolonga a vertical retro-mastoide até a linha sagittal, para ahi encontrar o ponto rolandico superior; liga este ponto áquelle onde a vertical anterior cruza a horizontal superior e têm assim a direcção da linha de Rolando. Estendendo a vertical media até o seu encontro com a obliqua, obtém o ponto rolandico inferior Emfim, a bissectríz do angulo formado pelas linhas de Rolando e horizontal superior mostra a scissura de Sylvio. Resumido deixamos aqui o processo de Kronlein que é tão completo quanto necessario. Facilmente exequivel, pois que o autor ainda construiu um apparelho com o qual rapidamente se executa o trabalho todo da topographia. Esse processo nos fornece ainda um dos bons guias para acharmos a arteria meningéa

média; o ramo anterior desse vaso está no ponto onde a vertical anterior encontra a horizontal superior, e o ramo posterior está ainda no cruzamento da horizontal superior com a vertical posterior.

Kocher, sabendo aproveitar-se dos estudos e experiencias que até hoje se têm feito sobre o assumpto, tambem inventou um processo proporcional.

Esse processo nada mais é do que uma compilação, mas dessas compilações intelligentes que merecem o applauso daquelles que acompanham o evoluir das sciencias.

Kocher valeu-se dos calculos de Poirier para achar o ponto rolandico superior; aproveitou a maior ou menor fixidez da inclinação da linha de Rolando sobre a sagittal e fornece assim a direcção da linha rolandica. Tambem não se esqueceu de que a linha naso-lambdoide acompanha a scissura de Sylvio. Combinando esses processos particulares, elle conseguiu fazer o seu craniometro, applicavel em todas as cabeças e fornecendo proporcionalmente as indicações de que mais necessidade temos.

Ao nosso ver, este instrumento, o mais completo no genero e o mais simples, pois consta apenas de quatro fitas metallicas flexiveis e moveis, é o melhor que até esta data já se fez.

Processo de Chipault. Chipault toma como pontos de reparo o *nasion* e a borda superior do tuberculo posterior da apophyse zygomatica. Na linha nasoiniaca,

de diante para traz, elle marca, depois de dividil-a em 100 partes, diversos pontos correspondentes a fracções determinadas. Em seguida parte da borda superior do tuberculo retro-orbitario e vae unir 3 linhas nos pontos supra-lambdoide, lambdoide e suprainiano. Emfim, da linha sylvia, dividida em decimos elle tira duas parallelas para ligal-as aos pontos rolandico e pre-rolandico.

Pouco differentes no modo de dividir esses espaços cranianos e no traçar suas linhas, seguem-se os processos de Burkart Müller, Mauclaire, Debierre, Masse, Clado. R. Le Fort e outros. Esses processos têm um valor real, mas não devemos esquecer que a elles applicam-se as reservas sobre a variabilidade possivel do ponto rolandico em relação á linha naso-iniaca mediana, e, por outro lado, quem preferirá lidar com essas verdadeiras tabellas de cambio ou taboas de logarithmos, possuindo processos dos mais simples e cujos resultados são igualmente bons?

Finalmente diremos que essas *arithmeticas* são dispensaveis hoje; não necessitamos mais de uma precisão rigorosa nas medidas, porque, modernamente, as brechas cranianas devem ser bem grandes.

CAPITULO II

SUMMARIO—Craniectomia. Resumo historico. Preliminares. Meios da sua execução. Doyen, Sudeck e Podres—seus processos e material. Como devemos intervir.

Craniectomia. Assim denomina-se a intervenção operatoria pela qual reseccamos uma porção do cranio.

A operação foi instituida primitivamente para baixar uma pressão cerebral extraordinariamente incommoda.

Diversas foram as indicações posteriores. Empregada primeiro por Lannelongue, na microcephalia, o qual executou-a por tal modo que abriu, no osso parallela á sutura saggittal, uma fenda de 0,^{m}09 de extensão com 0,^{m}006 de largura. Uma extremidade chegava á sutura coronal; a outra á lambdoidea.

Por um pequeno buraco de trepano, com uma pinça incisiva commum, era feita, sem difficuldade, a secção ossea.

A esta operação chamou Lannelongue *craniectomia linear*, em contraposição á *craniectomia* de retalhos, pela qual se retirem maiores fragmentos osseos. Depois de nada menos de 25 casos, com excellentes resultados, communicou o autor o seu processo, sendo então a operação executada por outros, e, conforme os casos, modificada.

Dumond, Gersuny, Mac Clintock, Wyeth e Postempsky alteraram e viram que os resultados obtidos na cura da microcephalia não corresponderam á espectativa.

Por estas razões, no tratamento da referida molestia, está a craniectomia linear mais ou menos esquecida actualmente; entretanto, houve uma certa sympathia por ella, para o tratamento cirurgico de algumas formas de epilepsia, psychoses traumaticas e fracturas cranianas. Aqui havia necessidade de um *modus operandi* que permittisse chegar-se francamente ao *locus dolenti*. Sabia-se que a abertura, conseguida com a simples corôa do trepano, trazia, para o operado, inconvenientes, e aqui, apezar de todos os meios empregados para augmental-a, poucos resultados foram os conseguidos.

Si bem que varias vezes eram ellas muito pequenas, não permittindo assim alcançarmos o *locus dolenti*, as aberturas expunham, por outro lado, o paciente a perigos, por isso que, uma porção da superficie cerebral ficava muito pouco protegida.

A reimplantação e a transplantação osseas ou o emprego de substancias heterogeneas, metal e especialmente celluloide, davam resultados em muitos casos; entretanto, surgiram incommodos, mais tarde reconhecidos.

Não poucas foram as rodellas osseas que cahiram sobre o cerebro, produzindo phenomenos compressivos

e outras vezes observou-se necrose do fragmento transposto ou suppuração com o emprego de substancias differentes.

D'ahi resultava a necessidade de reformar o manual operatorio, por tal modo a fazer-se no cranio uma abertura que depois se podesse bem fechar. Resultou desse estudo a *craniectomia temporaria* ou resecção craniana osteoplastica, consistindo em levantar um retalho osteocutaneo, preso por uma base inferior, podendo-se rebater e sutural-o quando terminadas as manobras intracranianas.

A lembrança desta intervenção pertence a Ollier e Chalot, que a executaram no cadaver. A primeira applicação *in anima nobili* é devida a Wagner, que, em 1889, praticou a craniectomia temporaria, fazendo a resecção ossea a cinzel; de então para cá foi ella diversamente modificada.

Müller-Beck, Bruns, Chipault, Toison, Gigli, Scofi, Zuccaro, Codovilla, Padula, Podrez e outros apresentaram alterações e processos novos. Doyen, em 1895, avançou um passo e apresentou um methodo e material com os quaes, *sem commoção cerebral* e rapidamente, se consegue descobrir um terço e mesmo a metade do conteudo craniano, recobrindo-se depois a abertura.

Esse methodo, por elle denominado—hemicraniectomia temporaria—modificado em pontos secundarios por Jonnesco e Dragusesco, é, por excellencia, uma operação

exploradora. Desde o seu inicio até que em 1889 surgisse Wagner com a sua craniectomia osteoplastica, as intervenções cirurgicas do cranio foram sempre resecções definitivas. Infelizmente, os processos modernos osteoplasticos não são applicaveis a todos os casos que se nos apresentam, o que equivale dizer: somos ainda hoje forçados á pratica da resecção definitiva dos ossos do cranio, em muitos casos, e assim é, desgraçadamente. Embora não queiramos, devemos nos referir á craniectomia definitiva, mesmo ligeiramente, por isso que as nossas observações se encontram capituladas nesse sentido. Isso faremos depois de passada em revista a craniectomia temporaria com o seu moderno arsenal.

§ 1.º NOTAS PRELIMINARES.—E' de regra geral em todas as intervenções no cranio fazer-se a raspagem completa dos cabellos, não só visando a antisepsia da parte como tambem porque, em certas condições, podemo-nos por ao par de cicatrizes ou lesões externas invisiveis ou não descobertas antes deste cuidado. A esta regra basica do manual operatorio da cabeça segue-se a da determinação das linhas de reparo. Mas aqui se trata da intervenção de retalho osteoplastico, onde a brecha vae ser maior do que na resecção definitiva, e portanto deixa de haver o rigor da localisação.

Convem, entretanto, approximadamente, marcarmos a situação do lugar em que vamos ou devemos intervir. Isso faremos com o lapis de nitrato de prata ou com

a tintura de iodo, em seguimento á raspagem do cabello, na vespera da operação. E' preferivel o sal de prata no caso, por isso que deixa, ao decompor-se, um traço negro, resistindo admiravelmente ás lavagens que temos de fazer.

Quando a intervenção desejada está restricta, não podemos nos fiar na bella marca do lapis de prata porque, si for resecção definitiva, descollando-se, retrahe-se o retalho, podendo assim ficar desviado e mesmo perdido o ponto almejado.

Nesta hypothese, além do traço obtido com aquelle lapis, faremos, por precaução, o ponto de reparo no proprio osso, por meio de um puncção, logo que o doente esteja em narcose, momentos antes da operação.

Tambem aqui lembramos a conveniencia do desvio, no minimo, de dois centimetros, para fóra da linha sagittal, para não haver lesão do seio longitudinal superior.

A questão da anesthesia não ficou estabelecida. Na Austria, os cirurgiões, em cuja frente vemos Kocher, preferem a anesthesia local; dizem que só a cocaina é bastante para a incisão do couro cabelludo. Empregam ainda aquelle medicamento sobre a dura-mater, com pequenas esponjas, para a incisão. Os francezes, em geral, são partidarios da narcose pelo chloroformio, por isso que não congestiona tanto os vasos encephalicos.

Alguns autores, como Broca, fazem preceder ao

chloroformio uma injecção de um centimetro cubico da solução Dastres. Nas crianças não se devem empregar essas injecções, por causa da sua grande sensibilidade para com a morphina.

Os inglezes igualmente se oppõem á etherisação porque receiam grande excitação. Aqui, como em cirurgia geral, continúa a discussão sobre vantagens do chloroformio ou da narcose pelo ether. Keen é partidario deste e como elle ha muitos outros que, querendo prevenir os effeitos congestivos do ether, fazem preceder á sua administração uma injecção de ergotina ou, modernamente, de adrenalina.

Deaver, mais conciliador, é eclectico e aconselha a narcose chloroformica em começo, continuada depois pela de ether, cuja acção é menos deprimente, quando precisamos conservar o paciente anesthesiado por tempo longo, e estes casos são os mais frequentes. Conhecendo da pratica esses generos de anesthesia, não mostramos preferencia por nenhum delles; todos têm seus prol e contra e nestas condições agiremos com o meio e momento.

A hemostase, no decorrer das intervenções intracranianas, tem cuidados especiaes. As meninges, os ossos e o couro cabelludo sangram abundantemente e a hemorrhagia nem sempre torna-se facil de sustar.

Obtem-se facilmente a hemostase preventiva do couro cabelludo com o auxilio de um tubo de gomma, (sonda molle) á Esmarch, á guiza de garrote ao redor

da base do cranio, prendendo as extremidades ou ajustando-as com uma pinça hemostatica.

Essa pequena technica simplifica os primeiros tempos da operação, prevenindo a hemorrhagia. Na falta desse cuidado, a forcipressura dá o resultado esperado, e, quando terminada a intervenção, a sutura do couro garante a hemostase. Os ossos sangram muito, principalmente nas regiões onde a camada *diploica* abunda, e quando o corte osseo é feito á goiva ou a cinzel. Os processos hemostaticos faltam para o caso em que o sangue derrama-se *en nappe*; entretanto ha recurso.

Ora, havendo pontos sangrando mais, torna-se facil esmagar ahi a parede ossea com uma pinça de sequestros, e o escoamento sanguineo cede.

Não consideramos esse processo o mais acertado, porque, além de poder-se fazer um tamponnamento provisorio com gaze, mantida por alguns minutos nos respectivos pontos hemorrhagicos, ainda nos restam os estratagemas de Championnière, Poirier, Horsley e outros.

O primeiro manda passar nas bordas osseas sangrentas, ou melhor, induzir a superficie de secção ossea com cêra virgem esterilisada e phenicada. Dessa maneira fica absolutamente garantida a hemostase.

Horsley, Chipault e os outros cirurgiões destaca

ram-se, neste ponto, unicamente nas formulas, modificando o cerôto de Championnière.

Stüglitz e Gerster não recorrem a estes artificios; introduzem, nos pontos mais sangrentos, a ponta da tenta-canula e fazem-n'a girar ahi. Isto basta para descollar-se o vaso da parede ossea, dar-se a retracção do mesmo e ficar mantida a hemostase.

Quando incisada a dura-mater, os seus vasos podem facilmente ser presos por uma pinça, e, havendo necessidade, esta se conservará em demora.

Esta manobra tem o inconveniente de exigir a abertura da ferida, entravando, por esse modo, a cicatrisação immediata.

O tamponnamento provisorio é applicavel; porém o recurso inegualavel é, sem duvida, a ligadura, cujos resultados não mais se discutem.

Os seios da *dura* tambem encontram o remedio curativo das hemorrhagias, na sutura ou na ligadura, e esta é a unica hemostase que oblitera os vasos, gastando o menor espaço preciso, relativamente aos outros processos.

Os tampões tem os mesmos defeitos nas applicações dos vasos da pia-mater. E' preciso abrir a ferida 24 horas depois para retirar a gaze. Para estes casos, parecia acceitavel a intervenção do thermo-cauterio, levado ao vermelho escuro. O seu uso foi accusado de provocar accidentes inflamatorios desagradaveis, porém a eschara superficial e aseptica do cauterio thermico não parece

tornar-se responsavel por uma complicação daquella ordem. Emfim, as veias pia-materinas é que commumente são lesadas e facilmente sustadas as hemorrhagias pelo emprego de soluções de cocaina a 2 °/₀, (Keen) antipyrina a 1 °/₀ (Rosswell Park) ou agua esterilisada a 45°. As arterias soffrem menos lesões, em 2 pontos—perto do extremo inferior do sulco de Rolando e ao nivel da dobra curva.

Neste caso, o trabalho é mais delicado e por um dos meios referidos conseguiremos interromper o escoamento do sangue que, além de tudo, nos mascara o campo da operação.

Os antisepticos a empregar, uma vez posto a nú o cerebro, constituiram, por algum tempo, assumpto de discussão. Adamkiewicz, sustentou, com provas experimentaes, a intolerancia do cerebro para com as soluções de sublimado e de acido phenico, mesmo em porcentagem mui pequena. Desse modo ficava o recurso do emprego do acido borico, que, apezar de ter um fraco poder microbicida, apresenta bellos resultados. Emfim, não querendo discutir tolerancia cerebral nem potencias germicidas, achamos que, tratando-se de feridas asepticas, torna-se dispensavel o auxilio daquelles agentes. A agua esterilisada e o sôro physiologico de Hayem preenchem tão bem ou melhor o papel d'aquellas soluções. Havendo porém, necessidade de lavagem antiseptica, póde-se, sem receio, utilisar o sublimado, ao millesimo, como faz Broca, sem ter accidentes que

deponham contra o emprego do bichlorureto de mercurio.

A drenagem serviu tambem de assumpto de controversia e nós, para finalisarmos estes preambulos, resumiremos: a ferida asceptica dispensa drenagem, emquanto que, nos casos de suppuração, convém manter-se um dreno qualquer, sendo preferivel o de gaze.

§ 2.º OPERAÇÃO.—A operação comprehende duas partes: 1.º a incisão das partes molles; 2.º a resecção craniana.

Em 1885, Chalot lembrava o processo de reseçção osteo-plastica no cranio e estabelecia o seu retalho de forma trapezoide, de modo que o pediculo tivesse 1 centimetro, emquanto os outros lados mediam o duplo. Wagner, em 1889, apresentou o seu methodo, desenhando um retalho cutanio com o pediculo para baixo, sob a forma de *omega*.

Chipault igualmente dispunha o retalho de forma trapezoide, chamando sua operação de trepanação bilinear com um retalho autoplastico. Guillemin, achando que Wagner e Chalot tiveram a mesma ideia, embora aquelle fosse o primeiro a executar a intervenção sobre o vivo, propoz se chamasse a craniectomia temporaria de operação de Chalot-Wagner. Não vemos nisso adiantamento para a cirurgia cerebral; mas como tambem não ha inconveniente... *sic transit.*

Não podemos comtudo tirar a Wagner a primasia da execução.

Essas maneiras de cortar o retalho cutanio estão mais ou menos abandonadas; não se as fasem mais angulares para a facilidade da sutura final. O proprio Wagner abandonou o *omega* para substituil-o pela forma de ferradura, maneira essa de executar que ainda hoje prevalece e cremos tão cedo não ser substituida. Poderá entretanto variar um pouco de molde, como por exemplo: simi-lunar, com as extremidades livres, um tanto approximadas. Assim comprehendido o retalho em sua fórma, é desenhado sobre o couro cabelludo, e o cirurgião incisa as partes molles até ao periosteo.

Quando estas estiverem retrahidas, devem ser mantidas, fortemente applicadas sobre a parede craniana, e, seguindo exactamente a sua borda, o operador incisa o periosteo que se acha assim cortado parallelo á pelle, porem a 5 ou 10 millimetros para dentro da incisão cutania.

Ao emvez de darmos em seguimento os processos particulares, vejamos rapidamente as diversas ou principaes maneiras de isolar e mobilisar o retalho osseo com os competentes instrumentos, para depois escolhermos aquelle que na clinica civil melhor se presta a este genero de cirurgia.

*
* *

Resecção craniana.

De accordo com o primeiro processo, isola-se o retalho osseo por meio do cinzel e malho, de modo que se

obtenha a borda curva talhada em bisel, em toda a sua espessura. (*) A borda horizontal, isto é, aquella que une os dois extremos da curva, é ligeiramente secccionada com uma goiva, para ser rebatido o retalho osteocutanio com uma pequena alavanca.

O bisel não é necessario em toda a extenão curva; convém o ser em dois terços para, quando se fechar a brecha, o retalho não penetrar na cavidade. A intervenção craniana, por meio do cinzel, tão espalhada pelo mundo, tem seus accusadores e defensores. Abalo cerebral e shock operatorio são os grandes motivos de condemnação desses instrumentos, por cuja conta correm muitos insuccessos ou *echeques*. Koch e Filehne fizeram até experiencias, relativas ao caso, *in anima vili*. Concluiram que as martelladas no cranio, mesmo a pequenos golpes, porém prolongadas como se praticam nas resecções, determinam symptomas irrefutaveis de commoção cerebral.

Sali, por sua vez, pensa que, si os cirurgiões, até hoje, não perceberam os accidentes das martelladas, foi porque o seu quadro clinico confundia-se com os symptomas proprios das affecções contra a qual elles faziam a operação e ainda com a narcose e seus effeitos.

Ao lado de tão grave accusação, ouvimos Monod e Vanverts dizerem que para o homem nada indica que

(*) Chalot aproveita só a taboa externa para o retalho, resecrando definitivamente a interna.

taes accidentes se tenham dado ou se possam dar. De que lado, portanto, a razão? Não o sabemos; porém tratemos de evitar, ao menos em parte, o emprego do cinzel, visto termos recursos outros. Bruns, que tambem fazia a incisão trapezoide, preferia começar, com duas corôas de trepano, nos angulos superiores da incisão horizontal e terminava isolando o retalho a cinzel, goiva e malho. Como este, usava o trepano no começo, Chipault que continuava abrindo o trapezoide até a base, com a pinça-trepano de Farabeuf, ou munido do craniotomo de Lannelongue.

Horsley, Bergmann e Krause procuraram atacar directamente o cranio com serras circulares, accionadas por motores electricos. Estes apparelhos eram insufficientes, pôr isso que a quantidade de trabalho a executar não tinha sido devidamente calculada. Em vista dessa incapacidade das serras e mais instrumentos accionados pela electricidade ou pelos motores de dentista, Horsley veio novamente reunir-se aos partidarios do velho trepano. Championnière, Terrier e outros mais preconisavam ainda o trepano, considerando-o menos brutal e perigoso do que o cinzel.

O trepano é accusado de involuntariamente cortar a dura-mater, por isso que a expessura da parede craniana é extremamente variavel na mesma e nas outras regiões, e ainda varia de um individuo para outro. O mesmo inconveniente havia nas serras circulares; era difficil regular o instrumento de modo que os seus

dentes respeitassem á integridade das meninges. O trepano hoje pertence á historia e deve figurar nos museus e não nos arsenaes cirurgicos. Já teve sua epocha e deixou o lugar, com vantagem preenchido pelas brocas de Sudeck e Doyen.

Possuidores agora desses dois instrumentos que nos permittem com toda a segurança uma abertura da caixa craniana, podemos continuar a secção ossea pelos outros meios apresentados. Temos de voltar ao primeiro processo, o do cinzel, e desta vez, porém, utilisamo-nos do de Chipault porque nos fornece logo a secção obliqua para a obtenção do bisel, na porção fronteira á base do pediculo; aos lados faremos intervir o cinzel commum de Poirier. Modernamente despresado pela falta de um requisito, esse cinzel faz então com que recorramos nós ao de Doyen, que nos garante ainda as meninges.

Não esqueçamos porém de que a osteotomia pelo cinzel é uma das bôas maneiras de trabalhar.

Marcotte, em seu bello trabalho inaugural, ainda affirma o referido, quando falla do modo de executar a operação de Wagner; acha que o cinzel é o melhor instrumento para circumscrever o retalho osseo; portanto, depois de praticarmos diversas brechas com as *fraises* de Doyen ou brocas de Sudeck, nos é permittido fazer as secções osseas intermediarias com o *formão* cirurgico.

Novamente surgem as serras, porém não mais para o attaque directo, em começo, como faziam Horsley e outros; este material, como todo e qualquer para cortar

a parede do cranio, exige a perfuração prévia com a broca.

Doyen apresentou serras com cursores graduados, e dentre ellas a de mão, tão inconveniente quanto o polythritomo de Pean e mais motores de pequena velocidade. Não seremos partidarios desse modo de secção ossea. Do mesmo autor existem serras circulares para os trabalhos no cranio com um porta-serra e conductor excellentes. Optimo como todo material electrico e infelizmente tão pouco adoptado, é Doyen em Paris, o unico a trabalhar com o seu arsenal.

A sua excellencia nem por isso nos seduziu até a apologia: adiante daremos o motivo da nossa approvação parcial. O professor Obalinski apresentou, em 1897, uma communicação do emprego das serras de Gigli para as resecções cranianas. A difficuldade do uso desse methodo estava na passagem da serrinha entre a parede craniana e a serosa do cerebro. Gigli fez construir uma canula ou sonda-gotteira, dentro da qual passa uma lamina flexivel de barbatana para dar passagem á serra, emquanto a sonda mantém protegidas as meninges. Lauenstein e Trnka procuraram utilizar-se de molla de relogio para a protecção e passagem da serra.

A ideia dessas fitas de aço foi feliz, porém a feição até então dada á esse pequeno protector não foi bôa; quando não lesava a serosa, desviava-se do trajecto a seguir. Podrez veio trazer a modificação que nos parece definitiva e sem duvida a maneira pela qual, sem receio

de accidentes, podemos nos servir das serrinhas de Gigli, na craniectomia. O conductor para a serra de Gigli consiste hoje em uma fita de aço de 13—15 cm. de comprimento sobre 3—4 de largura. Um extremo tem um annel proprio onde se segura; o outro uma oliva perfurada, por onde passa um fio de seda, que deve arrastar a serra.

Este é o ultimo modelo, segundo Podrez, que trabalha exclusivamente com este methodo, até mesmo para seccionar a parede ossea, junto ao pediculo. Para melhor execução e maior presteza elle faz a perfuração da caixa com uma broca qualquer, dando-lhe uma inclinação de 40°—45°, facilitando, desse modo a introducção e a sahida da serra e conductor.

Assim comprehendido o mecanismo, necessitamos perfurar o cranio, passar o conductor entre a parede ossea e a serosa do cerebro, para então serrarmos aquella parede, de dentro para fóra, garantindo absolutamente as meninges. Desse modo, simples, rapido, commodo e sem prejuizo de substancia alguma consegue-se chegar ao cerebro como em poucos dos demais methodos de abertura do cranio. « A craniectomia com a serra Gigli pode-se considerar o ideal por causa da certeza e simplicidade da technica e, incontestavelmente, devia ser o methodo mais espalhado ». (Prof. A. Podrez).

Ainda pode-se estabelecer a secção dos pontos intermediarios ás brechas praticadas com as brocas por meio de diversos craniotomos e pinças ás quaes seja-nos

permittido chamar de incisivas. Alguns destes apparelhos produzem uma perda de substancia minima, por isso que a sua porção cortante tem apenas 2 mm. de espessura. Nestas condicções está a de Doyen que permitte seccionar os cranios mais espessos sem receio de quebrar-se. Como esta, existe a pinça de Dahlgren mais ou menos modificada, porém de effeito igual.

Ha ainda as pinças de Mathieu, Lannelongue e mesmo o craniotomo de Poirier, que não podemos excluir desse genero de instrumentos. Não nos conformamos com elles até agora e, sem querermos argumentar contra, basta-nos a existencia de meios melhores de chegarmos ao mesmo fim para logo os desprezarmos. Appareceram na Italia modificações do antigo compasso de Paré para a resecção temporaria introduzidas por Zucaro, Padula e Secchi, porém sempre incompletas. Em 1900, no XIII Congresso de medicina de Paris, Codovilla, cirurgião de Imola, apresentava, depois de 2 annos de experiencias, o seu craniotomo, que não deixa de ser curioso.

Com um parafuso fixa-se, á porção craniana a levantar, um tripé metallico para fazer eixo a uma haste ou braço de ferro onde corre um dente de aço até 6 cm. para fóra do eixo. Empunhando-se o ramo horizontal, faz-se morder no cranio o dente e ligando assim 3 arcos de circulo cortados de fóra para dentro com o craniotomo, por movimentos de vae-e-vem, obtem-se rapidamente a liberalisação do retalho osseo. E' interes-

sante este instrumento (parece mais um abridor de lata) e cremos passivel da mesma critica feita ao antigo trepano, isto é, póde cortar as meninges, devido ás differenças de espessura da parede do cranio.

Resta referirmo-nos aos methodos de Doyen e de Sudeck-Kümmel. O primeiro tem 2 instrumentaes: o de mão e o electrico. Do 1.º genero aproveitam-se as brocas esphericas, conicas, cilindro-conicas, os cinzeis e a goiva; estes instrumentos são bons e de resultados excellentes. Com as *fraises* se fazem as perfurações do cranio que constituem a primeira phase da secção ossea; para isto são ellas adaptadas em um *arco de pua* esterilisavel ou sobre a arvore do antigo trepano. Seu manejo, por demais conhecido, nos dispensa da descripção. Com o cinzel e a goiva arremata-se a secção essea do retalho. Ha tambem um pequeno instrumento destinado a medir a espessura do osso para regular-se o cursor das serras. Não nos referiremos ás de mão, por isso que já as desprezamos, bem como a pinça *emporte-pièce*.

O material electrico, em compensação, é excellente em tudo; nelle figuram as brocas e as serras circulares com o seu cabo-conductor.

Sudeck tem o material limitado ás brocas, (um pouco diversas das de Doyen, porém de iguaes resultados praticos), e aos *trados abotoados*, com as espiraes cortantes. Esses pequenos instrumentos, muito bem engenhados, substituem vantajosamente a serra circular de Doyen, pois que, pela ponta abotoada, põe

em segurança a dura-mater, as espiraes cortantes fazendo o papel da serra. Applica-se o trado em uma abertura de *fraise* e vertical ou obliquamente á parede ossea e obtem-se secção em bisel ou rectangular, conforme preciso fôr, quando accionado, estando em contacto lateral, porque desse modo é que corta o *trado-fraise* de Sudeck. Consideramos esta *fraise* superior ás serras circulares de Doyen, nas resecções cranianas. Infelizmente, como estas, aquellas não escapam á critica. Precisam ambas de ser movidas por apparelhos que forneçam uma grande velocidade, como sejam 3000 rotações por minuto, como com a installação do cirurgião de Reims.

Funccionam tambem com um motor de dentista em o qual, augmentando-se a transmissão, se tenha duplicado a velocidade. Esse é um recurso do qual lançamos mão, porém não deixa de ser um remendo.

O melhor, sobre o qual não pairam duvidas, é o motor electrico construido para uma voltagem de 110—120 volts, offerecendo-nos 2000—2500 rotações por minuto. Nesse ponto é que queremos mostrar algumas desvantagens desses methodos de cirurgia craniana, relativas ao nosso meio. A cirurgia cerebral não está unicamente nas mãos dos operadores das capitaes; de par com a medicina, se extende ás mais pequenas villas do immenso sertão brasileiro. Pois bem, nós não ignoramos que poucas são as capitaes dos nossos estados, onde ha o abastecimento electrico, quer de luz quer

de força; ainda menor é o numero das cidades principaes que se orgulham da posse desse melhoramento incontestavel e, finalmente, as nossas outras cidades distantes dos centros de actividade commercial e demais villas, vivem quasi esquecidas, carecendo de beneficios primordiaes outros.

Com essa escassez, as brocas de Doyen e o *tradofraise* de Sudeck restringem seu funccionamento aos grandes hospitaes e casas de saude, nas cidades que gozam illuminação electrica. Podemos argumentar contra esta proposição, lembrando a possibilidade de funccionar um motor electrico em qualquer localidade, desprovida desse genero de força, com o auxilio de pilhas ou com a installação de um dynamo. Sim, o recurso não é máu, porém as craniectomias não se fazem diariamente, nem ás porções; e estes apparelhos requerem constantemente reparos technicos e asseio, (devido á oxydação), capazes de serem ministrados só por pessôa idonea e cuidados esses que o medico e cirurgião não pódem dispensar facilmente, sinão com prejuizo de affazeres outros. Mais ainda: nas cidades do interior o cirurgião, quando opera, tem os auxiliares muito reduzidos e na sua maioria ignorantes, a cuja guarda não pode confiar aquellas machinas. Mas encontramos uma solução relativa para o problema: os motores de petroleo, gazolina e mais systemas nos salvam a situação; não teremos talvez 3000 rotações por minuto, porém com facilidade achamos pessoal, cujo conhecimento está mais em har-

monia com os motores, além de que ficam obviadas a delicadeza e technica especiaes.

Ainda aqui só nos servem nos hospitaes e casas de saude, porque não são portateis.

Na clinica civil, então, onde os nossos patricios preferem morrer á jamais se internarem em um hospital, por isso que o acham aviltante, seria ridiculo ou leviandade só em pensar-se no transporte de motores e mais accessorios.

Assim, portanto, podemos sempre empregar o material cirurgico onde ha necessidade de grandes rotações por minuto e com a capacidade de transmittir ás differentes peças uma potencia relativamente forte, para não cahirmos no antigo erro ou defeito dos motores electricos pequenos, motores de dentista, como succedeu no caso da nossa segunda observação.

Emfim, depois dessa ligeira critica dos meios de realisar a resecção temporaria no cranio, cabe-nos dar um manual operatorio de accordo com o que de melhor vimos e mais acertado achamos.

*
* *

CRANIECTOMIA EM RESUMO. (*)—Antisepsia e anesthesia, isto é, as mesmas preliminares de qualquer intervenção cirurgica. Com um tubo de gomma ou facha ellastica obtem-se a hemostase preventiva. Está dividida a operação em seis tempos, e occupa: 1.° Traçar o

(*) Assim o fazemos por isso que os compendios descrevem melhor essa technica.

retalho no hemispherio onde suspeitamos ou diagnosticamos qualquer lesão, determinando approximadamente a zona cerebral a descobrir-se, por um dos methodos cranio-topographicos descriptos. Nós o fariamos segundo Krönlein ou Kocher.

Mais ou menos determinada a séde, cortar com o scalpello, no couro cabelludo, até o periosteo inclusive, um retalho em fórma de ferradura, conforme Wagner, com a base para baixo, donde vêm os vasos. Ao longo da incisão curvilinea, em uma largura de 15—20 mm., descollar o periosteo com a rugina. 2.°. Aqui tratamos do instrumental de mão. Perfuração dos ossos com as *fraises*. De accordo com o methodo que achamos conveniente, precisamos apenas fazer quatro furos na parede craniana para constituirmos nosso retalho osseo. Nesses quatro angulos e pontos cardeaes, munidos do perfurador de Doyen, montado em seu trepano ou n'um *arco de púa*, metallico, faremos pequenos furos de 4 a 5 mm. de profundidade. Substituindo, em seguida, o perfurador por uma broca espherica de 10—12 mm., perfuramos o osso até que se torne visivel a dura-mater, no fundo da brecha. Durante esse tempo destaca-se muita serradura ossea, separavel pela escova ou com uma compressa de gaze.

3.°. Secção dos pontos osseos intermediarios. Preferimos aqui a technica de Podrez: passar o conductor, montado com fio de seda, de um buraco a outro, entre a dura-mater e a parede ossea. Pela extremidade olivar

do conductor puxar o fio ao qual está presa a serra de Gigli; adaptar a maneta e collocal-a em movimento; tudo de accordo com a discripção feita e instrucções do autor.

Desse modo seccionaremos, por completo, os tres lados do retalho e faremos a serragem parcial na base do pediculo. Assim libertamos a peça ossea, sem embaraço ou difficuldade; porém, por causa das duvidas, não deixaremos de ter ao nosso lado cinzeis, goivas e malho de Doyen e Chipault 4.º. Reviramento do retalho osteo-cutaneo. Com a rugina levanta-se o retalho osseo na porção superior: a dura-mater descolla-se sem grande difficuldade, em toda a extensão e a base do retalho se quebra, permittindo o reviramento completo. A's vezes, durante este reviramento, o tronco da arteria meningéa media, que póde estar contido em um verdadeiro canal osseo, rompe-se, trazendo algum embaraço por causa da hemostase. 5.º Secção da dura-mater e exploração do cerebro. Ha duas maneiras de cortar a dura-mater: ora por incisões verticaes, parallelas aos ramos da meningéa media; ora, (o que é melhor quando se têm de executar manobras complexas, como as necessarias na ablação de um tumor), fazer igualmente um retalho dural, ainda de base inferior. Esse retalho será de fórma igual ao da secção ossea, porém a incisão ficará a um centimetro para dentro da outra. Esse retalho dural revirado deixa ver francamente a superficie do cerebro agora com vagar

exploravel e atacavel. E' este o momento das manobras internas. Passamos depois ao ultimo tempo.

6.º Fechamente da brecha e sutura do retalho osteo-cutaneo. Deve-se reapplicar o retalho dural e sutural-o com pontos separados, por isso que a dura-mater, sendo fibrosa e pouco extensivel, facilmente deixa-se romper pelos fios. Beresowsky aconselha não suturar o retalho dural para offerecer uma decompressão permanente, quando houver necessidade disso. Em seguida, reapplica-se o retalho osteo-cutaneo que será fixo sómente pela espessura do couro cabelludo, por pontos separados com crina de florença ou seda. Quando houver necessidade de drenagem, não luctaremos com difficuldade, por isso que existem quatro orificios de 10—ou de 12 mm. de diametro. Por esse modo teriamos terminada a operação; porém havendo ao nosso dispor material electrico (*) delle nos serviremos de preferencia com a combinação dos methodos de Sudeck e Doyen. Desse eclectismo resultante, não afastando a goiva e o cinzel, precisamos nos 2.º e 3.º tempos, da intervenção.

SUMMARIO DA RESECÇÃO CRANIANA DEFINITIVA.— Em geral, somos forçados á pratica dessa operação por lesões exteriores iniciaes como, por exemplo, nos

(*) O material do serviço das clinicas, que já está muito completo na nossa faculdade, acaba de ser augmentado com o instrumental electrico completo de Doyen, onde já figura o *trado-fraise* de Sudeck. Breve funccionará elle todo no modelo sala aseptica de operações da Bahia.

casos de fracturas com afundamento de fragmentos osseos. Os neoplasmas desgastam, ás vezes, tanto as paredes osseas até tornarem-se estas verdadeiras laminulas; então a nossa chegada ao interior da cavidade craniana dá-se fatalmente, com prejuizo de uma porção da parede ossea. Um dos melhores exemplos deste genero fornece a nossa primeira observação, onde a parede ossea se reduzia a uma folha de pergaminho em toda a área do seu contacto com o kysto.

Essas são as grandes causas que nos obrigam ao reseccamento definitivo.

Desnecessario torna-se dizer novamente os tempos da operação. Em primeiro logar, a séde da lesão impõe-se por qualquer maneira sobre a superficie externa do cranio; naturalmente, havendo solução de continuidade, fractura ou perfuração ossea por tumor, ahi será nosso ponto de partida. Em segundo logar, como nem sempre é uma operação typica que se nos offerece, não podemos dizer a maneira de fazer-se o retalho cutaneo. Mas, emquanto possivel, o faremos curvilineo, de base ou pediculo para baixo. A esta forma segue-se a crucial. Decollar e revirar o retalho periosteo-cutaneo, eis o 3.º tempo. No quarto, cabe-nos retirar as esquirulas e regular e augmentar a brecha ossea. Neste tempo, recorremos ao arsenal de Doyen, elle nos fornecerá pinças-goivas, *emporte-pièce* e seus cinzeis, com os respectivos protectores duraes. As pinças-goivas, excellentes apparelhos para augmentarmos a brecha, cortam a parede

ossea, fragmentando aos poucos, porém regularmente.

Quasi não precisariamos de outro instrumento, mas a integridade dos ossos cranianos nem sempre está perfeita em todos os pontos; dessa maneira, é conveniente estar o cirurgião munido dos cinzeis e goivas. Existem diversos modelos de pinças-goivas, variando conforme autores e fabricantes; todas são boas e conseguem os mesmos resultados.

Augmentada, por esses meios ou com o *trado-fraise*, deixamos a brecha de bordas regularisadas, nos permittindo as manobras intra-cranianas que vêm constituir o 5.° tempo. O 6.° resume-se no fechamento da ferida e na sutura do retalho cutaneo. Estabelece-se a drenagem, quando preciso, ou melhor, mantém-se na cavidade compressas de gaze, segundo Horsley, depois da extirpação dos tumores ou depois das manobras intracranianas.

O ponto interessante da trepanação, cuja synthese acabamos de dar, está na reparação das perdas de substancia do cranio. Constituem, principalmente nas grandes operações, como são as modernas tendencias, um dos graves inconvenientes da exerese ossea, expondo o cerebro aos mais leves traumatismos. Portanto, mister se faz o seu fechamento, e aqui fica uma interessante questão, cujo resultado definitivo, applicavel em todos os casos, ainda não está fixo.

Para as pequenas brechas houve os processos hete-

roplasticos e os da reimplantação ossea. Aquelles consistiam em incluir-se sob a pelle, ao nivel do orificio ou brecha, quer uma placa, de metal ou de celluloide, quer de osso descalcificado, quer, emfim, um enxerto osseo tirado do proprio individuo. Estes processos eram máus; os corpos extranhos inorganicos eliminavam-se muita vez e os enxertos osseos necrosavam ou se reabsorviam. Para as grandes brechas parece que o melhor meio de prevenir os inconvenientes da fenestração deve ser uma placa protectora qualquer, mesmo metallica, ou então póde-se fazer uma tentativa com o excellente recurso de Müller-Konig, empregado hoje nas brechas pequenas. Consiste este processo em tirar-se, na visinhança da brecha, um retalho osteo-cutanio e, por escorregamento, fazel-o chegar até cobrir a perfuração ossea. O retalho para o fim desejado leva com o periosteo, preso ao couro cabelludo, uma porção ossea, tirada a cinzel da propria parede, comprehendendo na lamina ossea a taboa externa e as camadas superficiaes da diploe.

Como complemento á craniectomia, temos de nos referir á «hemicraniectomia temporaria» de Doyen, instituida em 1895. As tendencias modernas para a execução das craniectomias eram pelo augmento das brechas que permittissem francas manobras intra-cranianas. A operação de Doyen realisou esse desideratum. Com o seu material electrico, a hemicraniectomia nada mais é do que uma trepanação temporaria, pela qual, sem o menor receio e em poucos minutos, se abre e

rebate o retalho osteo-cutaneo de um hemispherio craniano. Explorado esse lado do cerebro e nada se achando, adapta-se o retalho e no outro hemispherio pode-se fazer o mesmo. A hemicraniectomia temporaria é uma operação que permitteexplorar, em uma só secção, a superficie de um ou dos dois hemispherios cerebraes; é a operação exploradora por excellencia, e como tal a encaramos e devemos empregar e cuja descripção detalhada não fazemos porque melhor se encontra nos livros didacticos.

OBSERVAÇÕES

Observação I. — Este importante trabalho, de um dos mais raros e interessantes casos de cirurgia, devemos tão sómente á gentileza do professor Pacheco Mendes. O que n'elle referimos é uma versão livre do seu original francez.

«A observação, assumpto deste trabalho, tem por principal merito ser unica, si bem julgarmos as pesquisas bibliographicas por nós realisadas. Apresenta, entretanto, um verdadeiro interesse pratico, mostrando que se pódem extirpar certos tumores cerebraes.

«Demonstra ainda, que, apezar de uma compressão que reduz o hemispherio esquerdo quasi ao terço de seu volume, as funcções cerebraes se executam de um modo compativel com a vida. Demonstra mais que a hesitação de explorar, o cerebro como qualquer outro orgão, cessa quando existem razões serias de suspeitas de molestia contra a qual os cuidados medicos são impo-

tentes. Graças á asepsia, o cerebro, bem como o peritonêo, não se recente do contacto com o exterior. Os phenomenos morbidos indicavam uma compressão cerebral que devia aggravar e comprometter a vida do paciente.

«Encontramos uma compressão do hemispherio esquerdo; porém, a evolução do tumor, como da compressão, fez-se silenciosamente, sem produzir as perturbações clinicas que achariamos, si a compressão fosse produzida subitamente.

«O modo de começar, os symptomas e a evolução do tumor nos permittiram determinar-lhe a natureza. E, em clinica, parece muitas vezes bastante eliminar uma lesão inflammatoria e reconhecer um neoplasma para estarmos autorisados a propor logo uma intervenção radical, nos casos em que a therapeutica póde ainda ter esperanças. O facto seguinte fornece uma prova que merece invocada:

«M. G., com 41 annos, entrou para o Hospital Santa Izabel em 14 de Outubro de 1901, por causa de um tumor na cabeça. Seus antecedentes nada apresentam de interesse; sempre foi sadio. Toda a sua historia pathologica cinge-se ao tumor. Paes vivos, não sendo doentios. Não ha exemplo de tumores similhantes na familia. De sua entrada no Hospital tiramos os seguintes dados: Foi sómente aos 22 annos quando lhe appareceu na cabeça um pequeno *augmento*, que, desde o começo, era superficial, movel e jamais causou-lhe dôr.

«Tinha o volume de um ovo de pomba e se conservou estacionario até a idade de 35 annos; de então, seu desenvolvimento, que fôra lento, gradual, attingiu ás dimensões actuaes. Seu grande diametro vertical, mais desenvolvido que o transversal, mede, com effeito, 16 cm., de cima para baixo, emquanto que o outro tem apenas 12 cm. Existe na região fronto-parietal esquerda um grande tumor, depressivel, em communicação franca com a cavidade craniana, por uma cratera feita nos frontal e parietal esquerdos. Sua apparencia é *bosséléе*; tem tres bossas arradondadas, tensas, separadas por sulcos superficiaes.

«O tumor apresenta, em conjuncto, uma certa mobilidade. De consistencia molle, o tumor é reductivel; na peripheria, a palpação denota partes endurecidas, não havendo expansões apreciaveis.

«A pelle que cobre o tumor, si bem que adelgaçada, tem coloração normal e está quasi epillada. Não se achavam os ganglios engorgitados.

«*a*) Systema nervoso: O doente responde vagarosamente, porém com a maxima lucidez, as perguntas dirigidas; tem o somno calmo e cephaléas continuas. Executa todos os movimentos e nunca teve crises epileptiformes, digo epileptoides. Reflexos normaes: a raia de Trousseau produz-se de modo nitido. Além do strabismo externo e exophtalmia muito accusada do olho esquerdo, nota-se um certo gráu de ptose da palpebra do mesmo lado. A pupilla esquerda, excessiva-

mente dilatada, não reage á luz; a direita acha-se normal. A visão do olho esquerdo está completamente abolida, emquanto que a do lado opposto não apresenta alteração. A audição conserva-se normal.

b) «Systema circulatorio: pulso lento; contam-se 28 pulsações por minuto. A extensão da matidez cardiaca mantém-se nos seus limites, sendo seus ruidos *bien frappés*.

c) «Systema respiratorio: o murmurio vesicular é normal em toda a área dos dois pulmões, não havendo tosse nem expectoração.

d) «Systema digestivo: lingua esbranquiçada, saburrosa e humida; o doente quasi não tem appetite.

e) «Systema uro-genital: não ha perturbações da micção; a urina, ligeiramente turva, amarellada, de reacção acida, sem albumina, assucar e urubilina, tem a densidade de 1,013.

«A pressão exercida sobre o tumor augmenta a exophtalmia esquerda, determinando, ao mesmo tempo, perturbações cerebraes, mais ou menos serias, conforme o gráu de pressão. Assim é que o doente experimenta tonturas, sensações subjectivas de luz, zumbido, cahindo em uma *hébétude* mais intensa do que a revelada por elle antes da pressão. Sob a influencia de uma pressão energica, o doente torna-se insensivel ás excitações e conserva-se alheio ao que se passa em redor de si.

«Mostra a face pallida, sem expressão, e as pupillas

largamente abertas e insensiveis á luz. Pela reunião desses symptomas, a respiração e a circulação ficaram reduzidas ao minimo de suas energias. O pulso, que batia 28 vezes por minuto, agora bate apenas 20, por causa da presão. Tornando a si o doente, o mal-estar desapparece, persistindo um *peso* na cabeça, fadiga geral, inaptidão para o trabalho, phenomenos estes que constituem a manifestação do quadro clinico, commum ao seu estado morbido.

«Deante dos phenomenos precitados, o diagnostico de kysto sebaceo da região frontal, determinando perfuração da parede craniana, parece não deixar duvidas. A indicação operatoria mostra-se-me evidente, e o doente acceita a extirpação proposta. A operação teve logar em 22 de Outubro de 1901, ás 9 horas da manhã. A anesthesia foi local, empregando-se a chlorethyla. 1.º tempo—Os tegumentos foram incisados crucialmente; os retalhos cutaneos foram afastados, e verificou-se uma destruição do cranio, de forma oblonga, com 8 sobre 6 cms. de largo. 2.º tempo—A capsula do tumor, bem perceptivel, foi igualmente aberta em cruz e os retalhos afastados. Um exame attento permittiu reconhecer-se a existencia de uma substancia de cheiro fetido, gordurosa ao tacto, parecendo *graxa de bexiga*, a qual, sob o microscopio, revelou-se formada de cellulas epidermicas, mais ou menos granulo-gordurosas, e de materias graxas livres.

«Esvasiádo o contido no kysto, com uma espatula,

ficou uma grande cavidade, no fundo da qual, podia-se ver o hemispherio cerebral esquerdo, redusido ao terço do seu volume normal.

«Cheia a cavidade de gaze boricada, deixou-se a extremidade livre, no angulo posterior da ferida, fazendo-se, em seguida, a sutura do couro cabelludo e empregando-se o penso antiseptico, secco. No dia immediato, o estado do doente era mui satisfactorio. Fez-se o primeiro curativo e a ferida achava-se em muito bom estado e o couro cabelludo bastante deprimido. Em 30 de Outubro, tiravam-se os pontos e a ferida não se achava cicatrizada ainda, e, apezar dos diversos meios empregados, não se poude approximar as bordas, que, se retrahindo, aprofundaram-se na cavidade craniana. Nesse dia, pela primeira vez, e emquanto limpava-se a cavidade da ferida, na visinhança da inserção da fouce do cerebro, o doente teve um franco accesso epileptoide, seguido logo de vertigens, perda da memoria e de um enfraquecimento das faculdades intellectuaes.

«Afóra este accidente, as sequencias operatorias foram excellentes.

«Não houve o menor embaraço da palavra, mantendo-se bem clara a intelligencia. O doente nada mais soffre e deixa o Hospital a 2 de Janeiro de 1902, completamente bom da operação, necessitando, apenas, proteger a abertura craniana, com um pedaço de cuia,

emquanto se lhe fazia um apparelho prothetico conveniente. Vide estampa.

*
* *

«Sem querer fazer, a proposito do caso que acabamos de relatar, a historia dos kystos do couro cabelludo, desejamos chamar a attenção sobre alguns pontos desta observação.

«Não nos demoraremos, pois, nos detalhes anatomicos do caso. Diremos sómente que, com o nosso doente, o diagnostico vacillava entre kysto dermoide e *lobinho* do couro cabelludo, tendo adherido aos ossos do cranio, perfurando-os. Somos forçados a respeitar a crença manifesta por alguns cirurgiões, concernente a esta complicação.

«Dando-se a genese dos kystos dermoides por encravamento, vê-se bem que se devem encontrar kystos em todos os pontos onde existirem fendas, durante a formação embryonaria; isso verifica-se bem na zona do arco anterior das vertebras cranianas e cervicaes.

«No cranio, os kystos manifestam-se em trez pontos principaes: na região da glabella e dorso do nariz; na fontanella anterior ou bregma, e na protuberancia occiptal externa ou inion. Os kystos das regiões lateraes são extremamente raros.

«Relativamente á séde, o tumor do nosso doente, collocado na visinhança do bregma, era, sem excepção, subcutaneo e francamente movel, de tal sorte que não podia haver duvidas sobre sua independencia com os

I. O doente G. antes da operação — II. Depois da operação — III. Ao sahir com o apparelho provisorio

tegumentos, como nos tecidos profundos. Só dois annos depois do seu apparecimento, o tumor do paciente fazia excepção aos caracteres proprios dos *lobinhos*, ao menos nas porções ou partes em via de invasão. Tambem havia perdido suas independencia e mobilidade, comportando-se como neoplasma maligno. Todas essas particularidades de evolução não correspondem ao que conhecemos sôbre os kystos dermoides, em geral.

«Perfeitamente regular, arredondado, fazendo corpo com a pelle, o tumor só adheriu ás partes profundas alguns annos depois de apparecer; de então, o tumor progrediu sempre, attingindo o tamanho actual, em dois annos. E' exacto que, além dos kystos dermoides que surgem em pontos bem determinados, é, ás vezes, impossivel distinguil-os dos kystos sebaceos, mesmo com o auxilio da histologia. E' justamente a *primeira variedade* dos kystos dermoides que apresenta com os sebaceos a maior semilhança; acha-se completa identidade tanto no referente á estructura do envolucro como no revestimento epithelial e no arranjo do contido.

«Distinctos, repetimos nós, dos kystos sebaceos, pela unica differença relativa á séde, os kystos dermoides, que nunca mostram orificio, desenvolvem-se em regiões onde não existem glandulas sebaceas. Este facto util de conhecer-se, sob o ponto de vista do diagnostico, não tem mais razão de ser, quando nos lembramos dos espiritos bem orientados, que recusam subscrever a

unica genese dos kystos sebaceos, pela retenção dos productos secretados nos foliculos pilo-sebaceos.

«A historia do nosso doente mostra que estas duas especies formam uma familia clinica, possuindo caracteres clinicos, não podendo mesmo a histologia distinguil-as.

«Quer façamos do *lobinho* um tumor, constituido pela retenção dos productos secretados nos foliculos pilo-sebaceos, quer os façamos provir de uma invaginação epidermica aberrante, durante a vida fetal ou ainda de um derrame enkystado no tecido conjunctivo inflammado, nós só achamos opiniões genesiacas, interessantes pelas descripções anatomicas, porém absolutamente fora do logar, quando tratamos de saber si um *lobinho* pode adherir aos ossos do cranio e perfural-os.

«Lenoir, Delpech, Rouget, Lebert mencionaram esta complicação. Mas, a maior parte dos factos deste genero, diz A. Broca, é formada por kystos dermoides ou por kystos sebaceos, tornados cancroides. F. Treves declara:

«Admitte-se hoje que esta variedade de kystos sebaceos não ataca o osso subjacente, nem determina perfurações. Só o que pode produzir é uma depressão insignificante na superficie do cranio, o que é, aliás, contestado por alguns autores. (Enc. de cirurg.—pag. 128.)»

«F. Treves e A. Broca estão, pois, de pleno accordo;

negam que um kysto sebaceo possa perfurar os ossos do cranio, o que, para alguns, ao contrario, pode ser uma complicação possivel. Vejamos a cousa mais de perto, e, para começar, seja-nos licito dizer algumas palavras, que demonstrem por analogia, como nos parece a possibilidade do facto em questão. E, para lá chegarmos, basta lembrar os effeitos dos aneurismas sobre os ossos visinhos, adeantando a possibilidade da perfuração das paredes do cranio, por um kysto sebaceo.

«A atrophia, o desgasto dos ossos, como na perfuração da columna vertebral pelos aneurismas da aorta, são a consequencia unica do peso que se exerce sobre elles. Entretanto, ao lado dessa cathegoria de factos, apressemos-nos em dizel-o, constitue a grande maioria, existem outros, como os dos neoplasmas, que se approximam dos *lobinhos*, pela sua consistencia, e determinam, pela simples pressão, o desgasto dos ossos visinhos.

«Todavia, essas condições etiologicas que fazem acceitar a primeira categoria dos factos, o desgasto dos ossos por aneurismas e neoplasmas, não bastam para afastar a perfuração das paredes do cranio por um kysto sebaceo.

«Sob o ponto de vista physiologico, este caso fornece um interessante assumpto de estudo sobre a compressão cerebral. O tumor localisava-se sobre a parte anterior do hemispherio cerebral esquerdo, recalcando-o de maneira

a ficarem perfeitamente descobertos os andares médio e superior da base do cranio.

«O hemispherio esquerdo, uniformemente comprimido, mal tocava um plano vertical, passando pela parte posterior da base do rochedo. Pelos limites estabelecidos, vê-se que a terça parte da cavidade craniana estava completamente vasia, permittindo, assim, bem comprehender-se o gráu de compressão. Talvez não seja sem interesse lembrar-se que a retirada do tumor deixou uma cavidade, onde foram recebidos 295 ccs. de uma solução boricada.

«Ora, das pesquisas de Pagenstecher e Gerard-Marchins, resulta que se pode diminuir a capacidade do cranio, no cão, de 0,029 sem produzir phenomenos cerebraes (*). Applicando estes resultados ao cranio do homem, vê-se que é possivel diminuir sua capacidade de 37,7 a 40,6 ccs., na média, sem causar perturbações geraes, cerebraes ou bulbares.

«Eis aqui os resultados das experiencias de Pagenstecher: Um corpo, de volume de 37 a 40 ccs., introdusido na cavidade craniana do homem, entre a duramater e os ossos, não determina phenomenos de compressão.

«Si a introducção fôr brusca (Doret), sobrevirão phenomenos de *shoc* e perturbações vaso-reflexas consecutivas. Um corpo de 58 a 63 ccs. produzirá somnolencia, depressão intellectual e fraqueza muscular geral.

(*) Duplay et Reclus--tom. 3--pag. 442.

«Outro de 67 a 72 ccs. engendrará sopôr e resolução geral. De 105 a 112 ccs. causará coma e mesmo a morte, em algumas horas.

«Contrariamente á opinião de Pagenstecher, que conclue que um corpo de 105 a 112 ccs. causa a morte em algumas horas, vê-se que o nosso doente viveu dois annos, apezar da compressão do cerebro produzida por um corpo do volume de 295 ccs.

«Exceptuando-se certas modalidades de epilepsia, nas quaes o estado nevropathico do individuo gosa de um papel mais importante do que o traumatismo propriamente, todas as outras estão sujeitas a discussões e deram logar a theorias pathogenicas varias, adaptaveis, talvez, cada uma, a um certo numero de factos.

«São infinitamente numerosos os casos nos quaes parece nitida a relação directa da lesão com a epilepsia. Comtudo, é preciso conhecer a natureza desta relação, o *modus agendi* da lesão e, foi sob este ponto de vista que se estabeleceram interpretações ou theorias, nenhuma podendo ser applicada em todos os casos, por isso que não estão provadas de um modo evidente, mesmo quando pareçam mais racionaes.

«Como podemos interpretar as insignificantes perturbações observadas deante de uma tal compressão? Conviria admittir uma tolerancia absoluta do cerebro, em relação á compressão? Os effeitos do inicio, na producção das crises epileptoides, variam com a séde da compressão? Si bem que saibamos que o cerebro

habitua-se a uma compressão lenta e gradual, a segunda das hypotheses parece-nos mais plausivel. Ella está mais em harmonia com os dados classicos; ainda mais, trata-se de uma compressão, que se fez silenciosa, espalhando seus effeitos por todo o cerebro, sem produzir perturbações clinicas, que dessem como caracteristico a destruição de uma região cerebral determinada.

«Assim é que, em um doente de fractura com afundamento do parietal esquerdo, vimos desapparecer a epilepsia com uma trepanação que praticamos doze horas depois do accidente. Porque toda a compressão não produz epilepsia, em nada prova que a compressão, em certas condições, e, sobretudo, em alguns individuos, não possa produzil-a.

«Resumindo, trez theorias se discutem, hoje em dia, sobre a interpretação da epilepsia traumatica: theorias da compressão, da difficuldade circulatoria e da lesão cerebral.

«Em presença do nosso facto, poder-se-ia considerar derrocada a theoria da compressão e sustentar a da lesão como a unica possivel de causa.

«Esta conclusão seria erronea. No estado actual da sciencia, é muito difficil decidirmo-nos por uma ou por outra dessas theorias, de modo absoluto; é preciso não esquecer que conhecemos ainda mal a genese da epilepsia traumatica, e ella não deve ser a unica para todos os casos. Não obstante, seria difficil dizer porque as pertubações observadas se conservaram por tanto tempo

attenuadas, apezar da compressão de uma parte tão extensa de um hemispherio cerebral.

«O cerebro direito viria em auxilio do esquerdo? Esta hypothese é muito acceitavel, porquanto os dois hemispherios, identicos em estructura, devem desempenhar as mesmas funcções.»

*
* *

Observação II.—Altamente honrosa para nós foi a gentil solicitação telegraphica que, em Janeiro de 1903, recebemos do Dr. W. Müller, habilissimo cirurgião, clinico em Santa Cruz, uma das mais florescentes villas do Rio Grande do Sul.

«Deviamos auxilial-o na pratica de uma craniectomia exploradora. Tratava-se da doente X, com 21 annos, bôa estatura, estado geral soffrivel, sem manifestações da syphilis, quer hereditaria, quer adquirida. Na familia e nos parentes mais proximos não havia casos de neoplasmas, e tão pouco a doente accusava traumatismo anterior na cabeça.

Trez annos antes da operação, apresenta-se ella no consultorio, queixando-se de fortes dores de cabeça constantes, e que a incommodavam já por 60 dias. A medicação especifica não dera resultado, e, longe de melhorar, X via seus padecimentos augmentarem intensamente: violentas cephalalgias, insomnia, crises epileptoides, raras, e o cortejo dos symptomas da compressão cerebral. Na ultima quinzena, a situação peorou com a paralysia do membro superior do lado esquerdo,

pequena exophtalmia do mesmo lado, vomitos continuos, cahindo a paciente em grande prostração. Até ahi, as demais funções organicas desempenhavam-se regularmente; havia stase papillar dupla, apyrexia completa e pulso vagaroso.

Em affirmação ao que dissemos, vem uma carta, em allemão, do Dr. W. Müller, cuja livre traducção, com a competente venia, aqui damos.

«Santa Cruz, 20—5—904.—*Caro Collega*—Ha 8 dias que recebi a sua estimada carta de 19 do passado. Em resposta ás suas perguntas, tenho a dizer que, no meu registro clinico, faltam ainda algumas notas, que em breve completarei pelo interrogatorio, pois já convidei o marido da doente para tal fim, e em cujo poder acham-se ainda as receitas. A senhora esteve, pela primeira vez, em minha casa de saude, em Março de 1900. O diagnostico foi: anemia profunda e tumor cerebral, estando ella n'quella occasião muito abatida. A pesquisa microscopica do sangue levou-me a crer que se tratava de chlorose; havia stase papillar dupla, paralysia das extremidades e tambem vomitos, indicando isto a existencia de tumor no cerebro.

«Pelas peoras diarias, perturbações da palavra, etc., a doente resolveu retirar-se. Portanto, paciencia por mais uns dias; até lá, um saudoso abraço. A's pressas.—*(Assig.) Wilhelm Müller.*»

Operação.—Em 18 de Janeiro de 1904 foi realisada. Os symptomas denotavam compressão cerebral e esta

mais accentuada na zona motriz direita, principalmente no centro motor do braço esquerdo. Por esses motivos foi determinado, no cranio, aquelle centro pelo processo de Poirier. Cortado o retalho cutaneo, foi com o periosteo rebatido para baixo. Começou-se o ataque do cranio com uma serra circular, accionada por um motor de dentista, conforme combinamos experimentar.

Instantes depois, foi esse instrumental abandonado, pois era impotente para o caso, (como já succedera uma feita a Horsley) e então encetava-se a abertura craniana pelo cinzel. Na porção da parede ossea havia hyperostose manifesta; a dura-mater nesse nivel achava-se inteira, apresentando, apenas, ligeira congestão, apezar de fortemente distendida. A incisão dessa serosa deu logar ao escoamento de grande porção de liquido cephalo-rachidiano; poude-se, então, explorar a região correspondente do cerebro, onde nada de anormal havia.

Nestas condições, fechou-se a ferida, suturou-se o retalho, mantendo-se um dreno de gase. Ao despertar da narcose, a doente sentiu-se em muito melhores condições, pois que a exophtalmia tinha quasi desapparecido. Desse modo, continuou melhorando, a doente até que ficou restabelecida de todo e assim se manteve por alguns mezes, porque, segundo nos consta, mudando de residencia a mesma, sujeitou-se novamente a tratamento cirurgico.

Esta operação fala em favor das craniectomias pal-

liativas, porque, quando em nada possa adeantar ao operador, pelo menos, sempre estabeleceu uma consideravel melhora, alliviando o doente dos insupportaveis soffrimentos, fazendo desapparecer os phenomenos de compressão, os quaes, em numerosos casos do genero, são importantes.

Pensam dessa maneira Horsley, Keen e L. Championnière.

* * *

Observação III.—Em 15 de Junho de 1901, deu entrada na enfermaria de medicina da Brigada Militar, na Santa Casa de Misericordia, em Porto Alegre, o soldado X.

Motivou a baixa d'aquella praça o facto seguinte o que resume a historia do doente. Cuidadoso como era, engraxava elle, pela manhã, suas botinas, collocando, para este fim, o pé na bórda da sua cama, no alojamento. Quando ia mudar o pé, succedeu escorregar e, ao cahir, bateu com a testa sobre a quina de ferro do travessão da mesma cama. Ficou desfallecido por minutos até que seus camaradas o viessem levantar. No logar da contusão já estava formada uma bossa sanguinea e durante todo o dia conservou-se abatido.

Na enfermaria, sempre *hébété*, sendo convenientemente pensado, manteve-se sem mais outros symptomas, até o 3.º dia, em que manifestou-se a elevação da temperatura, e, quando a bossa sanguinea, longe de

desapparecer, como era de esperar, se transformou em abcesso. O paciente, rapaz forte e sadio, e, de alegre que era, cada vez mais acabrunhado estava; tudo lhe era indifferente, apezar da dilatação feita no abcesso pelo Dr. Dias Campos, illustrado professor de therapeutica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

A temperatura caracteristica da suppuração continuava o traçado graphico com as ascenções e quédas as mais classicas. Examinando mais de perto o abcesso de agora, verificou-se não ser mais o caso tão simples quanto parecia á primeira vista; surgiram esquirulas denunciadoras da lesão ossea e conduziram ao reconhecimento de uma fractura comminutiva do frontal, acima do *nasion*. O exame mais attento deixou patente mais a perfuração das taboas osseas nesse ponto, permittindo mesmo ver-se pulsar *um vaso*, no fundo da ferida.

Resolve-se fazer então uma craniectomia, que é realisada ao oitavo dia da entrada do doente. Anesthesiado o paciente, preparam-se os retalhos e são descollados com o periostio; verifica-se que não ha afundamento de nenhum fragmento osseo e augmenta-se a brécha, mesmo para regularisar suas bórdas, eliminando assim, por completo, o ponto de origem das esquirulas. Nesta phase das intervenções deste genero, o cirurgião deve estar munido da pinça-goiva, cuja indicação é perfeita e justa. Entretanto, a regularisação das bórdas da brecha foi aqui executada, a cinzel e malho, porquanto, n'quella

occasião, o hospital carecia ainda do arsenal aperfeiçoado de cirurgia ossea.

Ainda bem adequado ao momento operatorio, o cinzel, talvez melhor que a pinça-goiva, prestou os seus serviços, principalmente nas mãos do abalisado operador.

Mais longe não poude ir a operação, por isso que as meninges nem o cerebro foram lesados, porque, além do resultado deste ultimo exame, nenhum symptoma apresentou o operado que se podesse verificar. Com o necessario rigor antiseptico e aseptico, procederam-se então ás lavagens, drenagem e ao ultimo tempo da intervenção, isto é, ao fechamento parcial da ferida.

Infelizmente, porém, a intervenção não poude ser de grande, ou melhor, de nenhum effeito: a suppuração tinha invadido a serosa do cerebro, e, apesar das lavagens e drenagens habilmente executadas, não mais foi possivel conjural-a.

Com a symptomatologia propria desta complicação, X falleceu no decimo terceiro dia da sua entrada.

Não ficou completo o estudo deste interessante caso de fractura comminutiva, sem lesão immediata do cerebro e envolucros, porquanto não nos foi dada a necropsia. O imprevisto não permittiu.

A intervenção cirurgica do caso foi praticada pelo provecto cirurgião Dr. Serapião Mariante—professor de clinica cirurgica, 1.ª cadeira, na Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

*
* *

Observação iv.—Quando já iam muito adiantados os trabalhos de impressão de nossa these, tivemos a dita de, ainda como interno de clinica cirurgica, 1.ª cadeira, assistir a uma craniectomia definitiva. Como a da 1.ª observação, esta foi executada pelo distincto cirurgião professor Dr. Pacheco Mendes.

Grande parte desta observação, a anamnese e mais alguns dados, nos foram fornecidos, com toda a gentileza e amabilidade que o caracterisam, pelo Dr. Alberto Müyllert, illustrado assistente de clinica propedeutica.

M. C., com 31 annos de idade, branco, solteiro e natural d'este Estado, ha 13 annos passados foi victima de um accidente proveniente da explosão de um *busca-pé* ou taboca por occasião dos folguedos de S. João.

Em consequencia, houve fractura do cranio, tendo perdido os sentidos e muito sangue na occasião do choque, relatando um parente, de quem houvemos todos estes antecedentes, que do ferimento escoara cerca de 2 oitavas de uma massa esbranquiçada. Ao voltar a si, notou-se grande difficuldade de expressão, repetindo muito as primeiras palavras, mas recordando-se das peripecias do facto. Teve os cuidados medicos de um profissional, obtendo melhoras no estado geral e em relação ao traumatismo. A ferida suppurou ainda por um anno, mais ou menos, coincidindo o apparecimento dos primeiros ataques com a sua cicatrisação. A principio

manifestaram-se como syncopes que duravam mais ou menos 1 hora. Medeiava, uns dos outros, ora o intervallo de mez, ora de 2 mezes, chegando mesmo ao cabo de 3 annos a um espaçamento consideravel de 2 annos, sem soffrer a menor alteração no seu *modus vivendi*, salvo a difficuldade da expressão.

Findo esse tempo, passava por ligeiras perturbações nervosas, que guardavam entre si um longo espaço de tempo.

Infelizmente, ha um anno approximadamente, recebeu de mão perversa uma forte pedrada por sobre a cicatriz, que o prostrou por terra, sem sentidos. Recrudesceram os phenomenos nervosos, tomando o ataque a fórma epileptica, generalisado e durando 1 hora, mais ou menos. Conhece, pela sensação de augmento de volume da lingua, com fortes picadas do mesmo lado do ferimento, augmento da salivação, e em estado dyspneico mais ou menos accentuado, que vae ter o ataque, e procura amparo juncto á pessôa amiga, com receio da quéda brusca, que lhe tem occasionado contusões e ferimentos mais ou menos serios.

Assim corriam os factos até Julho p.p., em que uma outra manifestação junctara-se ás já existentes, fazendo receiar pela sua integridade psychica, razão por que o parente, nosso informante, fel-o entrar para o serviço clinico do Dr. Alfredo Britto. Consiste o facto no seguinte: após o ataque, ou antes, a syncope de curta duração (22 de Julho), passa dois dias de calma appa-

rente para vir então um ataque mais forte (24 de Julho), com contorsões de todos os membros de ambos os lados; dentes cerrados e tendo á flôr dos labios uma espuma branca.

Um ou dois dias depois sente *muitas afflicções*, facies de terror, gemidos pungentes, desconhecendo pessoas parentes e amigos, excepção feita do nosso informante, seu cunhado, que tem sobre elle uma tal ou qual ascendencia. N'esse estado, passa um dia, mais ou menos sem alimentar-se. As pessôas que o cercam conhecem da sua melhora quando pede um cigarro e qualquer alimento. Abusa extraordinariamente do fumo, fóra d'esses estados.

Soffreu o ultimo ataque a 13 do andante, antecedendo outro a 22 de Agosto. Em ambos manifestaram-se, sempre 2 dias após, os phenomenos que descrevemos ácima.

O exame directo nos forneceu o seguinte: na região temporal esquerda, havia uma cicatriz de fistula situada 0m,022 para traz da linha auriculo-bregmatica e 0m,05 distante do meato auditivo. Pela palpação, sentia-se, na linha que une o *lambda* á apophise supra-orbitaria, um *enfoncement* dos ossos, signal evidente da fractura havida, em uma extensão de 8 cms. Um aprofundamenlo maior existia na parte média e correspondia exactamente á cicatriz fistular.

A pressão exercida nesses pontos produzia sómente

dores, sem que os phenomenos se manifestassem, como acontece com outros doentes desse genero.

Systema nervoso—Excepção feita dos intervallos dos ataques, o doente nada accusa para o lado desse systema; entretanto, tem agraphia, grande embaraço da palavra, parecendo typo de dysarthria pois falla com muito vagar e repetindo as syllabas e phrases inteiras, ás vezes; os reflexos estão abolidos; a sensibilidade existe completa; não ha desvios na face e tão pouco da lingua; nesta, igualmente sob o ponto de vista nervoso, nada existe de anormal. A motilidade foi bem explorada e o resultado foi muito favoravel ao peciente. O dynamometro de Collin marcou 12 na mão direita e 10 na esquerda.

O exame do fundo do olho não foi feito, mesmo porque nada parecia haver de anormal. As pupillas iguaes, reagiam bem á luz e os musculos motores oculares executavam bem os movimentos. Os globos oculares achavam-se normalmente collocados nas orbitas.

O apparelho auditivo já não funccionava igualmente bem. O doente ouve melhor com o ouvido direito do que com o esquerdo; assim foi que percebia os batimentos de um relogio do lado direito, á distancia de 0m,50 e do esquerdo a 0m,25.

Só na visinhança da cicatriz é que o doente accusava dôr.

Systema circulatorio—As arterias apresentavam-se

endurecidas; o coração estava normal; os ruidos eram *bien frappés*, mas, no fóco aortico, eram um pouco retumbantes. As arterias radiaes, isochronas davam 78 pulsações, por minuto.

Apparelho respiratorio—Os pulmões, sem alteração que nos impressionasse, deram 18 inspirações, por minuto.

Apparelho digestivo—Lingua saburrosa, ligeiramente. As funcções desse apparelho faziam-se perfeitamente, pelo que fomos informados.

Não pesquisamos os outros apparelhos porque o doente garantiu nada sentir nelles. O resultado do exame da urina foi excellente, por isso que se achava normal. Não havia febre.

Ora, desde remotos tempos á epocha actual, cada vez mais observa-se que deve existir uma etiologia traumatica em muitas epilepsias, até então consideradas essenciaes. Na maioria dos casos, acha-se na cicatriz um *enfoncement*, que póde revelar a lesão. Isso notava-se perfeitamente no nosso doente. Os ataques são mui variaveis, em geral, porém no nosso caso observava-se uma associação nas ordens das crises ou nos ataques; não era uma das formas classicas; mas como ha *concordancia entre o signal-symptoma e a séde exterior* (Broca), não pode haver mais duvidas; sem hesitar, o cirurgião deve trepanar sobre a cicatriz ou sobre o *enfoncement*. Assim considerado, foi o doente removido para a enfermaria de cirurgia, aos cuidados do

sabio professor Dr. Pacheco Mendes, a 28 de Outubro. Ahi começou-se a preparar o paciente para a operação, que teve começo a 31 do mesmo mez, ás 10 horas da manhã.

Adormecido pela narcose chloroformica, incisa-se o retalho periosteo-cutaneo, em forma de ferradura, conforme Wagner, com o pediculo de base inferior, na região temporal esquerda. Descolla-se o retalho, que é rebatido, e o couro cabelludo na porção superior é afastado. Descoberto o osso, applica-se para cima e para fóra do extremo posterior da cicatriz ossea a côroa média do trepano de Collin.

Ao retirar-se a rodella ossea, resultante da serragem pelo trepano, escoam-se logo, mais ou menos, 15 ccs. de um liquido amarello, que occupava uma verdadeira loja ou depressão por elle arranjada sobre o cerebro, nessa região. As meninges ahi não se apresentavam normaes: a dura-mater estava adherente aos ossos; as outras estavam tão friaveis que se romperem ao contacto digital, podendo-se então ver, depois, bem 3 circumvoluções cerebraes sem alterações. Havia ligeira congestão das meninges. A pulsação cerebral que, commummente, é forte, no nosso doente apresentava-se fraca.

Diante dessa evacuação liquida, sem mais alteração, que deve ser duplamente benefica, por isso que cessava a compressão localisada, bem como a geral, restava sómente regularisar as bordas da brécha, que fora aug-

mentada com a pinça *emporte-pièce* de Doyen. Com êsse instrumento foram eliminadas as arestas osseas de um modo mais ou menos regular, pois que nessa phase operatoria, que já é a do alargamento da brecha, tem razão de ser o emprego da *pinça-goiva*. Infelizmente, com o material de Doyen não veiu essa pinça que foi, como dissemos, desvantajosamente substituida pela *emporte-pièce*. Regularisadas, assim, as superficies de secção ossea e retirada a maior porção reentrante da cicatriz, que por sua vez agia, comprimindo o cerebro, procedeu-se a hemostase dos diversos pontos sangrentos, que estavam, quasi todos, no couro cabelludo.

Os vosos das meninges não sangraram ao ponto de exigirem uma ligadura; a compressão pela gase foi sufficiente para travar a hemorrhagia. Nessas condicções, encheu-se de gase a cavidade, ficando duas extremidades livres nos extremos da ferida operatoria, e, com diversos pontos separados de sêda, suturou-se o retalho.

Vimos o doente depois de despertar da narcose, e pareceu-nos que se tornara mais facil a palavra, porquanto com insistencia perguntava por sua mãe e pedia cigarros; isso, porém, de um modo claro e sem o minimo embaraço.

Até o momento de nos retirarmos, não se havia manifestado vomito.

Daqui resulta que a phase operatoria, propriamente

dita, passou-se admiravelmente, sem o menor incidente. A anesthesia foi rapida, profunda e sem exigir o recurso, aliás valioso, das medicações hypodermicas, alliadas do chloroformio. Deprehende-se da anamnese do doente que, após a fractura exposta, houve escoamento de uma *massa branca* (8 grs., mais ou menos).

Mas, perguntamos, em um ferimento daquelle genero, que especie de *massa branca* podia escoar-se? A' primeira vista parece tratar-se da substancia cerebral, mesmo porque é a unica possivel de sahir da cavidade craniana, como se tem observado em grande numero de traumatismos da cabeça. Ha duas maneiras de responder-se áquella interrogação: ou a informação é falsa, por causa de uma interpretação erronea, ou então a falta daquella porção cerebral não prejudica.

O celebre caso do cavouqueiro americano, que teve o cranio atravessado por uma barra de ferro, parece fallar em favor da tolerancia, ou melhor, da compatibilidade dos phenomenos vitaes com o prejuiso de massa encephalica. Não bastam, porém, casos isolados dessa especie para nos convencermos dessa resistencia vital, porquanto numerosissimas são as observações da impossibilidade das funcções organicas e, portanto, casos fataes, quando se trata de ligeiras contusões com pequenas esquirulas, que apenas lesaram o cerebro.

Ainda contra esse modo de pensar estava a integridade das circumvoluções cerebraes, que vimos na região operada, onde até as meninges estavam perfeitas.

Desse modo, portanto, queremos crer que houve engano na apreciação da sahida da tal *massa branca*, e que o cerebro estava intacto.

Outro ponto da observação que merece ser interpretado é o da marcha do caso, finalisando com a formação do kysto. Os ataques, que durante os 12 annos se manifestavam, devem ter como responsavel o *enfoncement* osseo. Emquanto suppurava a ferida e quando havia por consequencia, de compressão cerebral, não tinham, começado os ataques; somente depois da cicatrisação é que surgiram, de modo benigno. Até aqui os factos parecem perfeitamente explicados, com esse motivo: a reintrancia cicatricial pondo-se em contacto muito accentuado sobre o cerebro, e comprimia-o nesse ponto.

A formação do kysto, ao nosso ver, teve origem com o segundo traumatismo, a pedrada sobre a cicatriz temporal. A marcha deve ter sido a seguinte: a contusão deu logar á hemorrhagia interna. Esta transformou-se em kysto liquido e premia a massa cerebral.

Esse kysto não deve ser mais do que um reliquat do derrame sanguineo e cuja relação com o traumatismo è intima e cuja pathogenia fica assim explicada. Ainda como tumor liquido, elle nos explica perfeitamente o intervallo dos accessos ou ataques. Não sendo grande, pois media apenas 15 ccs., mais ou menos, não actuava tão directamente sobre o cerebro. Conhecemos muito bem a tolerancia cerebral para com os corpos extranhos, cujos volumes foram de proporções bem exaggeradas,

como se deprehende de um bello caso da nossa 1. observação.

Neste ultimo operado é que podemos dizer que até houve um habito gradual de tolerancia, pois, «além da quéda, houve quem désse o couce».

* * *

A's 4 horas da tarde do dia da operação, o paciente teve um forte accesso epileptoide, com hora e meia de duração. Debatia-se extraordinariamente em convulsões, até que apresentou-se uma pseudo-hemiplegia direita com contractura dos membros e desvio da face, ainda do mesmo lado. Aniquiladas assim as forças do doente, elle não mais debateu-se, desaparecendo dentro de algumas horas por completo aquelles phenomenos.

Durante a noute, teve o somno calmo, acordando-se naturalmente pela manhã seguinte. Retirou-se o apparelho que estava sujo de sangue e humido do liquido que se escoava pelo dreno. Retirada a gaze, que ficava drenando, a ferida apresenta aspecto agradavel. Aquella foi, depois de lavada a ferida, substituida por um pequeno tubo de gomma, mui fino.

Collocou-se novo apparelho e é administrado ao doente um purgativo de citrato de magnesia. Passa o resto desse dia bem, isto é, sem apresentar manifestação outra, que nos tivesse preoccupado, a não ser um estado de torpor em que parecia mergulhado. Não obstante, seu estado mental é optimo; attendendo promptamente ao chamado e com toda lucidez responde as perguntas.

No dia seguinte, após uma tarde e noite calmas, sem incidentes, novo curativo fizemos. Quasi que a cicatrisação é perfeita, a não ser o ponto onde se achava o tubo de drenagem, que, em vista das boas condições da ferida, é retirado. O purgativo não produz effeito, administrando-se, portanto, outro, que, desta vez, foi o calomelanos em 2,0 para 3 hostias; havia uma febricula. Nessas condicções passam-se mais 24 horas, sem alteração para o doente; apenas continúa muito reconcentrado; a febricula desapparece, e, pela manhã, antes de se lhe fazerem lavagens intestinaes, conforme indicamos, o calomelanos patenteia a sua efficacia. Mais alegre, então, o doente, deitado, com toda a satisfação, procura esquecer-se do meio em que se acha, devaneando com o espiralar da fumaça de um cigarro que tanto o distrae.

Bem contra gosto nosso, deixamos de descrever a marcha das sequencias operatorias desse caso, por isso que a promptificação deste nosso despretencioso trabalho assim o exigio.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I—O conducto que se extende do collo da bexiga ao meato urinario é a uretra.

II—Descrevendo, nesse trajecto, duas curvas, é comparavel ao S, e divide-se em tres porções: prostatica, membranosa e esponjosa.

III—Na mulher, só se encontram as duas primeiras porções. Aqui, a parte esponjosa é representada pelos pequenos labios.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I—Os ossos do cranio apresentam, na disposição da sua substancia, um interesse particular, por isso que n'élles existem duas laminas de tecido compacto, separadas por uma camada de tecido esponjoso, que tem o nome particular de *diploe*.

II—O *diploe*, composto de laminulas osseas muito delgadas, parecendo um pouco com o tecido esponjoso dos ossos curtos, limita espaços, nos quaes circulam vasos arteriaes e principalmente venosos; entretanto, ás vezes, as duas laminas compactas estão tão proximas que não se acha *diploe*.

III—As duas taboas differem por suas propriedades particulares: a externa, pela regularidade e maior elasticidade; e a interna, absolutamente privada de elastici-

dade, caracterisa-se pela grande fragilidade que lhe valeu o nome de *lamina vitrea.*

Dessas propriedades resultam consequencias importantes.

HISTOLOGIA

I—Sobre as relações dos neuronas entre si, trez theorias successivamente se apresentaram: a de Gerlach, a de Golgi e, modernamente, a de Ramon y Cajal; repousando as duas primeiras sobre o facto anatomico, de resto, todo hypothetico, que as cellulas nervosas se anastomosam entre si, na espessura da substancia cinzenta.

II—Hoje, é geralmente admittada a ultima, a de Ramony Cajal. As conclusões do sabio histologista hespanhol, confirmadas por Kölliker, Lenhossek, van Gehuchten e outros, não são senão factos de observação, nitidamente constatados.

III—Dessas novas concepções resulta, como corollarios:

1.° Que os neuronas, qualquer que seja a intrincação apparente de seus prolongamentos, são unidades anatomicas absolutamente independentes.

2.° Que elles agem uns sobre os outros, não por anastomoses, que não existem, mas por simples contacto (articulação) deseus prolongamentos; de facto, concebe-se de uma importancia capital em physiologia e em pathologia nervosas.

BACTEREOLOGIA

I—A especie microbiana é relativamente de pouca fixidez e a difficuldade de achar caracteres distinctivos é consideravel. D'ahi concluimos uma transformação possivel e bem extensa, mas não negamos a realidade da especie e a possibilidade de reconhecel-a.

II—O polymorphismo existe, porém, n'um curto perimetro. Um microbio toma fórmas variadas, quando collocado em condicções dysgenesicas. Collocado nas condicções normaes, volta á forma typica.

III—Para affirmarmos que um microbio é o agente d'uma infecção, precisamos isolar, cultivar, reproduzir a lesão por inoculação da cultura pura, accrescentando uma critica severa.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I—Kystos são producções morbidas representadas por um sacco proprio, revestido internamente por um epithelio, contendo materias diversas.

II—De origens multiplas, formam uma classe artificial, na qual se grupam, ao lado de verdadeiros tumores constituidos pelas cavidades de neo-formação (kystos dermoides, proliferados), tumefacções desenvolvidas ás custas de uma cavidade preexistente inflammada (hygroma) ou anormalmente distendida pela retenção de um producto de secreção.

III—Os kystos sebaceos verdadeiros resultam da distenção dos folliculos pilosos, pela retenção do *sebum* e

cellulas epidermicas formadas em excesso, nas glandulas sebaceas, e tendo soffrido uma degenerescencia especial, talvez micobriana, que as tornasse gordurosas ou graxas. O conteúdo é, ora melicerico ou steatomatoso, conforme a consistencia. A's vezes confundem-se com os dermoides.

PHYSIOLOGIA

I—Ha secreções transitorias ou que só se manifestam em épochas ou idades da vida e apresentando outros caracteres mais, sem que por isso deixem de ser essenciaes.

II—Os productos de secreção transitoria de certas glandulas tem de essencial o estarem constituidas em parte sua composição por elementos figurados ou organisados; quando elles faltam, a funcção do orgão secretor está alterada.

III—Como estes productos, ha outros, tambem transitorios, que de nada servem ao organismo elaborodor e em nada affectam sua vitalidade normal.—Então para que existem, não sendo auto-alimento ou auto-toxicos ?

Para muito maior è mais altruista que o simples interesse individual; para algo intimamente ligado ás funcções reproductoras; para fim mais nobre, qual seja, a perpetuação e conservação da especie.

THERAPEUTICA

I—As fontes das indicações therapeuticas são fornecidas: pelos symptomas e evolução morbida; pelas

lesões anatomicas; pelas causas das molestias; pelos processos pathogenicos; pela physiologia pathologica.

II—Estes elementos não se isolam: grupam-se, combinam-se e prestam mutuo appoio, e, no diser de Landouzy, a therapeutica deve ser: clinica em suas indicações; physiologica nos meios, e opportunista nas decisões.

III—O empirismo sabio, fructo do methodo e não do acaso, dirigido e secundado pela intelligencia, elevase ás mais altas verdades pela observação attenta e perseverante dos phenomenos sensiveis.

O empirismo, assim, não deve de ser despresado.

HYGIENE

I—O espectaculo repugnante que offerecem *as localidades* sem esgottos, onde as aguas servidas correm ao longo dos passeios de pequeno declive, como um regato na rua, espalhando cheiros putridos, constitue a negação absoluta dos systemas regulares de esgotto e conduz fatalmente á infecção do meio habitado.

II—Ha dois systemas separadores para a remoção das immundicies liquidas (aguas servidas, excrementos, etc.): separadores com dupla canalisação e separadores com *vidange*.

III—A solução do problema da remoção das immundicies liquidas acha-se realisada, pelo que se chama systema de esgottos unitarios ou do *tout à l'égout*.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I—Deontologia medica é a sciencia dos deveres e das obrigações do medico. (Max Simon).

II—Estes deveres, obrigações e direitos medicos, dividem-se em 3 classes: deveres relativos ás collectividades; deveres relativos ás individualidades não medicas (clientes, etc.), e deveres para com os confrades ou collegas.

III—Segredo medico é obrigação moral e legal.

O medico não deve limitar-se a guardar o segredo confiado; porém igualmente o que vê, ouve ou deduz, por causa e durante o exercicio profissional.

A não observancia dessa obrigação está prevista pelo codigo penal brasileiro no artigo 192.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I—Observa-se no cranio a hyperostose parcial ou diffusa, sendo esta, a total, muito rara. Aquella attinge um ou mais ossos, ao mesmo tempo, ora na superficie externa, ora na superficie interna, sómente.

II—Está ainda muito obscura a etiologia: invocou-se á syphilis e ao rachitismo; os traumatismos tambem devem causar a hyperostose. (Textor e Fischer) (?)

III—Além das deformações resultantes, a hyperostose determina symptomas de compressão do encephalo, dos nervos cranianos e dos orgão da visão. O diagnostico é difficil no começo, o prognostico sombrio e a therapeutica impotente, em geral.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I—A applicação da corôa do trepano, ao nivel da arteria meningea media, habitualmente empregada de conformidade com os dados de Krönlein, dá logar á objecções.

II—1.ª Clinicamente é impossivel dizer qual o ramo arterial lesado, si bem que Krönlein aconselhe trepanar os dois. 2.ª Steiner provou com experiencias cadavericas que o processo de Krönlein é cirurgicamente exacto em 70 °/₀ de casos, para o ramo anterior, e em 20 °/. para o posterior; d'ahi resulta nem sempre acharmos a arteria, no ponto indicado. 3.ª Emfim, o orificio de uma simples trepanação é muito pequeno para permittir a evacuação facil de um coalho volumoso.

III—Por esses motivos devemos preferir a resecção osteoplastica, preconisada por Krause, Steiner, Plummer, empregada com grande successo por Wölfler.

CLINICA CIRURGICA (1.ª Cadeira)

I—Os kystos dermoides dos tegumentos cranianos se acham no contorno da orbita, na porção externa da arcada supra-orbitaria e visinhanças; raramente na região temporal ou mastoide, e, sobre a linha media, na visinhança da grande fontanella (Condamin).

II—Estão situados no tecido sub-aponevrotico, reposando directamente sobre o periosteo craniano, ao qual adherem muitas veses por um pediculo ou por uma porção da sua parede. A's vezes, no seu nivel, ha uma

depressão, ou mesmo os ossos subjacentes estão perfurados (Esmarch, Richard, Heschl).

III—Os kystos dermoides complicados de desgasto osseo ou perfuração, deixam, pela extirpação, as meninges a descoberto, com uma falta na parede ossea protectora.

CLINICA CIRURGICA (2.ª Cadeira)

I—Os lobinhos ou kystos sebaceos resultam da retenção dos productos de secreção das glandulas sebaceas nos folliculos pilosos, por causa da obstrução ou obliteração no seu canal excretor. O couro cabelludo é a séde de predileção dos kystos sebaceos.

II—Pouco volumoso, o tumor localisa-se por baixo da pelle, e é movel sobre as partes subjacentes; póde contrahir adherencia com o periosteo craniano. Citam-se casos de desgasto e perfuração dos ossos do cranio pelos lobinhos (P. Mendes).

III—O kysto sebaceo é uma affecção benigna, porém a sua cura espontanea é impossivel; precisa de ser tratado, porque seu crescimento póde dar logar a consequencias más e o unico meio positivo é a extirpação.

PATHOLOGIA MEDICA

I— Uma das complicações mais temiveis, manifestação visceral do rheumatismo, é o reumatismo cerebral, surgindo do 5.º ao 20.º dia, nos reumatismos graves, generalisados, com pyrexia intensa, etc.

II—Ergasthenia cerebral, alcoolismo, predisposição

nevropathica hereditaria, são factores etiologicos importantes para aquella complicação reumatica.

III—Com uma phase de agitação, cephaléa intensissima, pulso rapido irregular e delirio gráu começa a forma aguda, fórma commum. Intervallo de calma que succede reprodução do 1.º quadro, accrescido de phenomenos meningiticos, temperatura crescente até mesmo 43.º... e a morte sobrevem pelo coma. A temperatura é considerada caracteristica.

CLINICA PROPEDEUTICA

I—Durante a febre, o pulso é accelerado; ha, em média, oito pulsações mais, para cada gráu thermico, acima do normal. Para que o pulso se torne febril, o numero de pulsações deve ser superior a 80 por minuto, no adulto.

II—A frequencia do pulso é susceptivel de modificações, na ausencia de febre, ora em estados physiologicos, ora em estados pathologicos.

III—Sendo a frequencia do pulso um dos signaes clinicos da febre e haveudo essa susceptibilidade de modificações, podemos concluir que ella não deve ser um *criterium* absoluto da febre.

CLINICA MEDICA (1.ª cadeira)

I—Podem-se ouvir sobre o trajecto da aorta ascendente dois ruidos, cuja intencidade augmenta á medida que nos approximamos da base do coração, dos quaes um é sem *claquement* normal e um sopro o outro.

II—Trata-se de uma lesão do orificio aortico que está *estreitado*, si o sopro for *rasposo, rude*, e substitue o ruido normal; *insufficiente* si o sopro for *doce*, brando e substitue o segundo ruido.

III—Um *sopro rude exclusivamente no trajecto da aorta*, com os ruidos do coração normaes, indica: atheroma, placas calcareas, rugosidades ou estreitamento do vaso; havendo fremito catario, grande matidez, sopro systolico seguido de *bruissement* diastolico prolongado, podemos suspeitàr de um aneurisma da aorta.

CLINICA MEDICA (2.ª cadeira)

I—O figado pode ser séde de dôres ou sensações dolorosas mais ou menos intensas; umas espontaneas e apparecendo as outras quando provocadas pela pressão, tosse, etc. As dores violentas só existem nos casos de *lithiase biliar* ou de *abcesso do figado*.

II—As dores intensissimas da lithiase biliar dependem da contracção spasmodica dos conductos biliares e, sem duvida, tambem da irritação de sua mucosa pelos calculos.

III—Na hepatite suppurada, dor viva, exasperada pela pressão, tosse e movimentos, pronuncia-se em torno de um ponto mais saliente, é precedida de calefrio, febre, suores e elevação thermica local.

PHARMACOLOGIA, MATERIA MEDICA E ARTE DE FORMULAR

I—A serotherapia apresenta-se sob duas formas, nitidamente distinctas, pelo emprego dos sôros naturaes ou artificiaes e pelos sôros antitoxicos. Estes ultimos, tirados de animaes vaccinados, são immunisantes e curativos.

II—A via subcutania é a mais geralmente empregada, quando se trata dos sôros antitoxicos: escolhem-se os flancos, as regiões gluteas, retro-trochaerianas, face externa da coxa, a intro-scapular, para se fazerem as injecções. Tambem se usam estas intravenosas.

III—Os unicos sôros antitoxicos, cuja efficacia ninguem mais póde contestar, são o anti-diphterico de Roux e o antipestoso.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I—O corpo humano hospeda sempre grande numero de parasitas, animaes ou vegetaes, que se alojam sobre os tegumentos externos, nas diversas cavidades ou no tubo digestivo.

II—Uns são absolutamente inoffensivos. Os que penetram na intimidade dos tecidos, no sangue, etc., exercem sempre uma acção pathogenica.

III—A porta de entrada é, ordinariamente, uma lesão dos epithelios protectores, por menor que se a possa suppôr. A acção pathogenica exerce-se localmente ou de um modo geral.

CHIMICA MEDICA

I—Os globulos sanguineos contêm uma materia corante cristalisavel, que lhes é especial—a hemoglobina—que fixa o oxygenio para transformar-se em oxyhemoglobina, do sangue arterial, tambem cristalisavel.

II—A hemoglobina reduzida, cristalisavel, de cor negra, é que dá ao globulo sanguineo a propriedade de fixar o exygenio nos pulmões e de transportal-o, sob a forma de uma combinação instavel, contendo-o em estado de tensão, ao seio de nossos tecidos.

III—A hemoglobina encerra ferro na sua molecula: contêm, para 100 partes (de hemoglobina do sangue de cão) 0,43. Com os outros elementos, a sua formula é a seguinte: $C^{544}H^{823}Az^{147}O^{47}S^{2}Fe$ (Kossel).

OBSTETRICIA

I—A aboboda do cranio do feto é formada de ossos delgados, flexiveis, elasticos, afastados uns dos outros por espaços, nos quaes persiste o cranio membranoso incompletamente ossificado, emquanto que a base é dura, resistente, irreductivel; d'ahi a difficuldade da passagem nas bacias estreitadas.

II—Esses espaços, que separam os ossos da abobada, as *fontanellas*, são em numero de seis: duas medianas e quatro lateraes.

III—As medianas, maiores, são: anterior e posterior: a 1.ª, losangica, acha-se no bregma; a 2.ª, trian-

gular, está ao nivel do lambda. As demais quatro pouco interesse pratico têm, ao passo que as medianas são preciosos guias para o diagnostico da apresentação e da posição do feto.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I—O aborto fetal é um verdadeiro parto em miniatura; o collo dilata-se, rompe-se o sacco das aguas e o feto é expulso. A sua duração de 15 minutos até duas horas; o delivramento segue-se depois.

II—Contrariamente ao que se passa no parto ordinario, no aborto fetal a sahida do feto não apresenta difficuldades; estas residem no delivramento.

III—Muita vez, ha *retenção placentaria*, pelo retardamento da sua expulsão. Esta retenção é devida á ausencia de condições mecanicas capazes de dilatar o collo e não pela falta de contracções uterinas.

CLINICA PEDIATRICA

I—O meningismo, estado morbido caracterisado pelos symptomas habituaes de meningite tuberculosa, porém terminando-se pela cura, encontra-se em qualquer idade, tanto na primeira como na segunda infancia.

II—Esse syndroma póde ser provocado por uma molestia infectuosa, por uma intoxicação ou por uma acção reflexa (vermes intestinaes, corpos extranhos, dentição, etc.).

III—Toda a creança que tem miningismo é um ne-

vropatha em rudimento, um futuro hysterico, epileptico, vesanico, neurasthenico, um descendente de arthitico ou de *nevrosado*. Em presença de accidentes meningiticos, convem indagar da tara nervosa.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I—Manchas da cornea são estados consecutivos á inflammação da cornea e tornados difinitivos pelas trocas operadas nos tecidos corneanos; esses estados têm como caracter uma reducção sensivel da transparencia daquelle trama.

II—Todo staphyloma cicatricial tem como causa, de um modo geral, um augmento da pressão intra-ocular, durante a cicatrisação de uma ferida da cornea.

III—A tatuagem, por seus diversos modos, e a trepanação da cornea, com o instrumento de Wecker, pódem prestar bons serviços nessas affecções.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I—O cancro, considerado como accidente local, está habitualmente desligado de qualquer gravidade; não incommoda, e, para o seu tratamento, requer unicamente, não se o maltratar nem fazer cauterisação intempestiva.

II—A sua physionomia e marcha são modificadas por qualquer complicação ou por um caracter especial (em geral). Pódem inflammar, gangrenar ou tornarem-se phagedenicos.

III—Não se pode dizer que o ponto de partida da

gangrena seja um cancro duro, senão depois do apparecimento dos accidentes secundarios para, pelos effeitos, dizermos a causa.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I—O louco furioso, chegado ao apogeo da molestia, fica em movimento constante e continuo: grita, canta, ri, salta, clama e chora, até que lhe succeda um esgottamento, ou ergasthenia temporarios.

II—Os actos motores parecem movimentos voluntarios e acções; examinados mais de perto, vê-se que são actos subtrahidos á influencia da vontade do doente. Tem os caracteres de movimentos automaticos, instinctivos ou impulsivos.

III—A acção motora excessiva que se encontra em certas phases da melancolia (activa) e nos delirantes differe fundamentalmente da impulsão motora do louco furioso.

BIBLIOGRAPHIA

Dumont--Encychlopädie der Gesam. chir. 901 tom. I pag. 745.
Beresowsky--Encyclopädie der Gesam. chir. 901 tom. II pag. 561.
Gigli--Centralblatt für chirurgie 1898 pag. 425.
Codovilla--Centralblatt für chirurgie 1898 pag. 429.
Wagner--Centralblatt für chirurgie 1898 pag. 633.
Lauenstein--Centralblatt für chirurgie 1898 pag. 211.
Lauenstein--Centralblatt für chirurgie 1899 pag. 100.
Bergmann--Centralblatt für chirurgie 1899 pag. 269.
Podrez--Centralblatt für chirurgie 1899 pag. z57.
Mac Even--The Lancet 1881 pag. 581
Mac Even--The Lancet 1885 pag. 881.
Mac Even--The Lancet 1888 pag. 786.
Durante--The Lancet 1887.
Byrom Bramwel--Intracranial tumors 1888 pag. 258.
Robert Dürr--Handbuch der operativen medicin tom. I pag. 171.
Th. Kocher--Chirurgische operationslehre. pag. 91.
Bitot--Essai de topographie cérébrale pag. 5.
P. Poirier--Topographie cranio-encephalique 1891.
Auwray--Les tumeurs cérébrales 1896.
Forgue et Réclus--Thérapeutique chirurgicale tom. II.
Ricard et Launay--Thérapeutique chirurgicale pag. 183.
Duplay et Réclus--Traité de chirurgie tom. III pag. 576
Le Dentu et Delbet--Traité de chirurgie tom IV pag. 544.
Ollier--Traité des ressections tom. III pag. 1891.
Monod et Vanverts--Technique opérateire tom. I pag. 521
Brault--Technique opératoire 1903 pag. 183.
Von Winiwarter--Traité de médicine opératoire 1898. pag 200.
V. Chalot--Chírurgie et médicine opératoire pags. 419 e 490.
Lejars--Chirurgie d'urgence 1904 pag. 45.
A. Broca--Précis de chir. cérébrale 1903.
Lenormant--Chirurgie de la tête 1904.
Marcotte--Thêse de Paris 1896.
Lannelongue--Archives de physiogie 1889.
F. Terrier et Baudonin--Gaz. hebd. de méd. et chir. 1884.

F. Terrier--Gaz. hebd. de méd. et chir. 1894 pag. 575.
Adamkiewickz--Sémaine médicale 1884 pag. 142.
Reynier et Glover--Gazette des Hopitaux 1897 pag. 1000.
Jaboulay--Archives provinc. de chir. 1893 pag. 61.
Délagenière--Archives provinc. de chir. 1893 pag. 93.
Doyen--Archives provinc. de chir. 1895 pag. 689
Marcotte--Archives provinc. de chir. 1897 pag. 1.
Zuccharo--Congr. it. de chir. 1898 pag. 504.
Codovilla--Waldeyer Congr. fr. de chir. tom. XII 1900 pag. 646.
Jonnesco--Congr. fr. de chir. 1898 pag. 121.
Th. Jonnesco--Travaux de chirurgie pag. 117.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 26 de Outubro de 1904.

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.